

С.П. Елшанский

**СЕМАНТИКА
ВНУТРЕННЕГО ВОСПРИЯТИЯ
ПРИ ЗАВИСИМОСТЯХ ОТ
ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ**

НАУЧНЫЙ МИР

С.П. Елизаров

СЕМАНТИКА
ВНУТРЕННЕГО
ПРИ ЗАВИСИМОСТИ
ПСИХОАКТИВНОСТИ
(на модели опий)

С.П. Елшанский

**СЕМАНТИКА
ВНУТРЕННЕГО ВОСПРИЯТИЯ
ПРИ ЗАВИСИМОСТЯХ ОТ
ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ
(на модели опийной наркомании)**

Москва
Научный мир
2004

УДК 159.91

ББК 56.14

Е 56

Елшанский С.П.

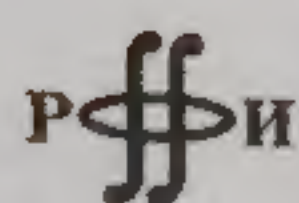
Е 56 Семантика внутреннего восприятия при зависимостях от психоактивных веществ (на модели опийной наркомании). – М.: Научный мир, 2004. – 348 с.

ISBN 5-89176-280-3

Книга посвящена новым областям психологического знания – психологии телесности и психосемантике. Рассматриваются психосемантические аспекты проблем внутреннего телесного восприятия и внутреннего опыта при зависимостях от психоактивных веществ (ПАВ), в частности, при опийной наркомании. Представлены теоретические модели развития патологического влечения к ПАВ, излагаются результаты ряда эмпирических исследований.

Книга представляет интерес для психологов, медицинских работников, философов.

Представленные в книге исследования осуществлены при поддержке Российского фонда фундаментальных исследований (проект № 02-06-80114).

 Публикуется при финансовой поддержке Российского фонда фундаментальных исследований (проект № 03-06-87013).

ISBN 5-89176-280-3

© С.П. Елшанский, 2004

© Научный мир, 2004

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	7
Глава 1. Предварительные теоретические и терминологические пояснения	11
1.1. Некоторые терминологические комментарии	11
1.2. Предварительные теоретические пояснения	22
1.2.1. Телесность	22
1.2.2. Дуализмы тела	24
1.2.3. Внутренний опыт	28
1.2.4. Интрацепция (внутреннее восприятие)	31
1.2.5. Внутреннее восприятие, поведение и деятельность	36
1.2.6. Означение внутреннего восприятия и внутреннего опыта	38
1.2.6.1. Сознание и значения	38
1.2.6.2. Психосемантика	42
1.2.6.3. Индивидуальные системы значений	43
1.2.6.4. Знаково-символическое опосредствование внутреннего восприятия и внутреннего опыта	45
1.2.7. Исследования внутренних ощущений у потребителей ПАВ в медицине	46
1.2.8. Феномены специфичности индивидуальных систем значений внутреннего восприятия при различных заболеваниях	57

1.2.9. Психологические особенности больных наркоманией, сопутствующая злоупотреблению наркотиками психическая патология	61
Глава 2. Семантика внутреннего восприятия при зависимостях от психоактивных веществ как научная проблема	75
2.1. Актуальность исследования семантики внутреннего восприятия при зависимостях от ПАВ	75
2.2. Базовые положения	76
2.3. Постановка проблемы исследований	78
Глава 3. Эмпирические исследования значения внутреннего восприятия при зависимостях от ПАВ	81
3.1. Методологические возможности психосемантики при исследованиях внутреннего восприятия	81
3.2. Эмпирические исследования и их результаты	93
3.2.1. Исследование интрацептивного словаря больных опийной наркоманией	93
3.2.2. Исследование группировок интрацептивных значений у больных опийной наркоманией	143
3.2.3. Исследование ассоциирования и ассоциаций интрацептивных значений и невербальных стимулов у больных опийной наркоманией	147
3.2.4. Исследование типов связей между значениями (включая интрацептивные значения) у табакокурильщиков	168
3.3. Обобщение результатов эмпирических исследований	178
Глава 4. Факторы внутреннего восприятия и его семантики в механизмах зависимости от ПАВ	186

4.1. О трансформации интрацептивных эталонов при зависимостях от ПАВ	186
4.2. О возможной роли интрацептивного сигнала в структуре патологического влечения к ПАВ	205
4.3. Смещение механизмов сравнения элементов внутреннего восприятия от гомеостатического принципа в сторону максимизации отдельных переменных	234
4.4. Досознательное связывание исходно нейтрального по отношению к зависимости от ПАВ интрацептивного сигнала с ассоциированным с такой зависимостью знаком (семиотическая подмена)	236
4.5. Вторичное означение интрацептивных паттернов при зависимости от ПАВ (миф зависимости)	241
4.6. Дефицитарность семантики внутреннего восприятия и патологические семантико-интрацептивные механизмы — ведущие факторы зависимости от ПАВ	251
4.6.1. О недифференцированности сознания	251
4.6.2. Параметры индивидуальной системы значений, выступающие в качестве возможных факторов или коррелятов болезни	254
4.6.3. Об отношении интрацепции и поведения ..	259
4.6.4. Об учете фактора телесности при оценке вероятностей наркотизации, ремиссии и рецидива	273
4.6.5. Об изменениях внутреннего опыта при злоупотреблении ПАВ и ресурсах означения интрацептивного восприятия	276
4.6.6. О возрастании роли телесности в процессе развития зависимости от ПАВ	278
4.6.7. Концепция нарушений семантики внутреннего восприятия при зависимостях от ПАВ	281

4.6.8. Ведущая роль дефицитарности семантики внутреннего восприятия и патологических семантико-интрацептивных механизмов в структуре зависимости от ПАВ	285
Глава 5. Возможности формализованного описания и моделирования индивидуальных систем значений внутреннего восприятия, возможности автоматизации психосемантических методов их исследования	287
5.1. Возможности формализованного описания и моделирования обнаруженной повышенной нечеткости множеств элементов психического, связанных с внутренним восприятием, у больных опийной наркоманией	287
5.1.1. Неточность и неопределенность как свойства значений	288
5.1.2. Некоторые возможные факторы неопределенности значений при зависимостях от ПАВ	289
5.1.3. Теория нечетких множеств	294
5.1.4. Возможности формализованного описания и моделирования индивидуальных систем значений внутреннего восприятия с помощью теории нечетких множеств	298
5.2. Возможности автоматизации психосемантических методов исследования индивидуальных систем значений внутреннего восприятия	312
Заключение	321
Литература	333

ВВЕДЕНИЕ

В последние годы в отечественной психологии наблюдается значительный интерес к исследованиям роли телесности в структуре психологических феноменов и механизмов. При этом все чаще признается, что человеческое тело является важнейшим, а в ряде случаев и главным детерминантом психического. Отмечающийся рост числа психосоматических заболеваний и соматоформных расстройств, при которых значение фактора психологии телесности не вызывает сомнений, а также все чаще появляющиеся гипотезы о патогенных психосоматических взаимодействиях при самом широком спектре заболеваний заставляют исследователей в сфере клинической психологии перейти от витания в философских облаках психофизической проблемы к решению конкретных насущных практических задач, поставленных перед ними телесной реальностью. Невнимание к вопросам, которые ставит телесность перед клиническим психологом, определенно, на многие годы, а то и десятилетия, затормозит научный прогресс в психологии. По мнению А.Ш. Тхостова, «бестелесная» психология упускает целые пласты важнейшей реальности человеческого существования (Тхостов, 2002), а «игнорирование наукой какого-либо феномена еще не означает его отмены, и он заставляет с собой считаться, проявляясь зачастую в патологической форме» (там же, стр. 6).

Важнейшее свойство телесного – его способность информировать сознание. Сигналы тела представлены сознанию через внутреннее восприятие. Представляется, что именно внутреннее восприятие является той дверью, открыв которую, мы сможем исследовать и понять телесное. Удивительно, что внутреннее восприятие очень долгое время

не вызывало у психологов абсолютно никакого интереса и трактовалось «как “низшая”, архаичная, физиологическая форма перцепции, на которую не распространялись общепсихологические закономерности человеческого восприятия» (там же, стр. 5). Закономерно, что в случаях, когда роль внутреннего восприятия при решении той или иной психологической проблемы становилось невозможным игнорировать — а такие ситуации постоянно возникают в патопсихологических исследованиях — ученые оказывались в тупиковом положении.

Вопрос о знаково-символическом опосредствовании внутреннего восприятия лишь недавно стал вызывать исследовательский интерес у психологов, хотя можно безусловно утверждать, что в повседневной жизни все психологи, равно как и остальные люди, ежедневно используют возможности к такому опосредствованию для отражения своих телесных процессов. Следует также отметить, что рефлексия и вербализация внутренних ощущений широко распространена как терапевтический прием во многих психотерапевтических практиках. Данный факт еще раз подтверждает значимость роли телесного — как для решения конкретных задач психотерапии, так и для психологии вообще.

Рассматривая психическое отражение внутренних (телесных) сигналов и знаково-символическое опосредствование внутреннего восприятия, мы сталкиваемся с необходимостью исследования процессов означения телесных ощущений и индивидуальных систем значений внутреннего восприятия. Реконструкция индивидуальных систем значений входит в задачи такой науки, как психосемантика (Петренко, 1997). «Психосемантика исследует различные формы существования значений в индивидуальном сознании (образы, символы, коммуникативные и ритуальные действия, а также словесные понятия)» (там же, стр. 5) и предоставляет как серьезные теоретические основания, так и широкие методологические возможности для изучения особенностей и организации значений внутреннего восприятия. Психосемантическая методология может быть использована во многих областях психологического знания, в частности, для решения задач патопсихологии. При этом исследования индивидуальных систем значений при различных психических и соматических патологиях и аномалиях определенно открывают новые научные и практические плос-

кости, а психологические феномены, квалификация которых становится возможной с помощью психосемантических методов, представляют собой ценнейший материал для патопсихологического анализа. В результате существенно расширяются научно-практические возможности и возрастает объяснительная сила патопсихологических гипотез.

Для некоторых предметов психологического исследования наличие факторов телесности и внутреннего восприятия практически очевидно. Одним из таких предметов выступают механизмы возникновения и развития наркологических заболеваний (наркозависимостей, наркоаддикций). При этом исследований этих механизмов, находящихся на стыке психологии телесности и психосемантики и реализуемых в патопсихологическом аспекте, фактически никем еще не проводилось.

Значение и возможности психологии телесности при наркологических заболеваниях еще недостаточно изучены и оценены, однако представляется очевидным, что исследования в этой области необходимы и могут существенно помочь в понимании многих неясных еще вопросов и решении ряда требующих неотложного внимания проблем наркологии.

Потребление психоактивных веществ (ПАВ) в последнее время стало крайне острой социальной, медицинской и психологической проблемой. Масштабы вовлеченности молодежи в наркопотребление настолько велики, что потребление ПАВ становится национальным бедствием. Внутривенное употребление наркотиков стало причиной резкого роста заболеваемости ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами.

При этом роль внутреннего восприятия и механизмов его знаково-символического опосредствования в структуре механизмов патологического влечения и зависимости от ПАВ практически не исследовалась, хотя специфический и богатый на ненормативные ощущения внутренний опыт больных с зависимостями от ПАВ позволяет предположить, что такие больные могут быть носителями различных искажений внутреннего восприятия, и эти искажения могут представлять значительный интерес как с теоретической, так и с практической точки зрения — как возможные мишени психотерапевтического и пси-

хореабилитационного воздействия при осуществлении различных антинаркоманических, антиалкогольных и т.п. программ. Поэтому именно искажения знаково-символического опосредствования внутреннего восприятия и стали предметом данного исследования, а больные с зависимостями от ПАВ – его объектом. Таким образом, зависимости от ПАВ предлагаются в качестве своеобразных моделей, на которых будут показаны возможности изучения и анализа внутреннего восприятия и его нарушений.

Можно обозначить представленные в настоящей работе эмпирические исследования и теоретический анализ механизмов взаимодействия семантики внутреннего восприятия и зависимости от ПАВ как находящиеся на стыке психологии телесности, экспериментальной психосемантики и наркологии. При этом необходимость и актуальность таких исследований обусловлены не только дефицитом научной информации о психологических особенностях больных с зависимостями от ПАВ в ситуации эпидемического роста заболеваемости некоторыми видами наркомании в стране, и не только важностью развития наиболее перспективных отраслей современной психологии, а именно к таким, по нашему мнению, относятся и психология телесности, и психосемантика, но и требованиями времени, заставляющими разрабатывать в психологии новые, более глубинные и синтезирующие концепции и парадигмы.

Глава 1

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОЯСНЕНИЯ

1.1. Некоторые терминологические комментарии

Представляется, что некоторые использованные в данной работе термины имеют разночтения или малоупотребимы. Часть терминов узкопрофессиональна. Поэтому мы считаем необходимым сделать ряд терминологических пояснений. Представленные ниже термины расположены в алфавитном порядке. Вследствие «пересечения» понятий некоторые термины повторяются под разными названиями. Мы попытались сделать максимальное количество необходимых терминологических статей, снабдив «пересекающиеся» понятия соответствующими сносками.

«Абстинентный синдром» – совокупность симптомов, возникающих при полном прекращении (отмене) приема ПАВ или снижении его дозы на фоне длительного его потребления (хронической интоксикации), а также при блокаде действия ПАВ его антагонистами (Цетлин и др., 1999, стр. 7).

«Внутреннее восприятие» («Внутреннее телесное восприятие», «Интрацепция») – целостное отражение внутреннего тела, процесс активного формирования его субъективного образа. В отличие от внутренних, интрацептивных ощущений, отражающих лишь отдельные свойства внутреннего тела, в образе внутреннего восприятия представлено все внутреннее тело как сложный предмет в совокупности его инвариантных свойств. Внутреннее восприятие опосредствовано

культурными представлениями о телесности. (Подробнее см. «интрацепция»).

«Внутреннее тело» – формируемый в процессе внутреннего восприятия целостный образ недоступных внешнему восприятию отделов тела. Область телесного, доступная при «обычных» обстоятельствах только интрацепции.

Подобно тому, как у субъекта в процессе его развития складывается картина внешнего мира, «картина свойств вещей в их отношениях к нему и друг другу» (Артемьева, 1980, стр. 108), складывается и образ внутрителесного мира – внутреннее тело, со своими внутренними объектами (предмстами), их отношениями и свойствами.

«Внутренний опыт» – психически зафиксированные структурированные следы актов внутренней (телесной) деятельности (подробнее см. ниже).

«Гаптика» – (от греч. *hapto* – касаюсь, хватаю) – сенсорная система, включающая все виды кожной рецепции. Гаптическое восприятие – форма механорецепции. Сенсорная система, ответственная за построение осязательного образа, состоит из кожного (тактильный, температурный) и кинестезического анализаторов (Психологический словарь, 2000-2002).

«Зависимость от ПАВ» – сочетание физиологических, поведенческих и когнитивных явлений, при которых употребление вещества или класса веществ начинает занимать первое место в системе ценностей индивида. Основной характеристикой синдрома зависимости является потребность (часто сильная, иногда непреодолимая) принять психоактивное вещество (Международная классификация..., 1994). Понятие зависимости от ПАВ объединяет такие заболевания, как наркомании, токсикомании, алкоголизм, табакокурение. Различают психическую и физическую (физиологическую) зависимости (Справочник по психиатрии, 1985). Психическая зависимость характеризуется болезненной потребностью в повторном приеме наркотика и активными действиями, направленными на его приобретение. В основе физической зависимости лежит абстинентный синдром (синдром отмены) – комплекс крайне тягостных для больного сомато-неврологических расстройств, возникающих при прекращении употребления наркотических средств или уменьшении их доз. В силу этого больной

принужден непрерывно продолжать прием определенных доз наркотика с целью избежать возникновения абстинентных явлений (Судебная психиатрия, 1986). Выделяют такие типы мотивации потребления ПАВ, как: позитивная (наслаждение); негативная (устранение тоски); нейтральная (для приспособлению к окружению) (Битенский и др., 1991). В качестве основных моделей этиологии зависимости от психически активных веществ называют: 1) моральную модель (в этой модели зависимость считается результатом моральной слабости или недостатка силы воли индивида); 2) модель научения (согласно модели научения, зависимости от ПАВ и другие виды аддиктивного поведения являются результатом патологического научения); 3) модель заболевания (согласно этой модели, этиология зависимости обусловлена генетическими* и другими биологическими факторами); 4) модель самолечения (по этой модели, зависимость возникает или как

* В качестве подтверждения наличия генетических факторов в этиологии зависимостей от ПАВ можно отметить, что в ситуации эпидемии героиновой наркомании в нашей стране и, соответственно, резкого роста заболеваемости этой формой наркомании общее число регистрируемых случаев заболеваемости зависимостями от ПАВ (наркомании и алкоголизм) осталось практически на уровне, наблюдавшемся до начала массовой наркотизации [1991 год: число больных, впервые взятых на учет, злоупотребляющих алкоголем, на 100 тысяч населения – 156,4; число больных, впервые взятых на учет с диагнозом наркомания, на 100 тысяч населения – 3,9; сумма показателей (на 100 тыс. нас.) = 160,3; 1993 год: число больных, впервые взятых на учет, злоупотребляющих алкоголем, на 100 тысяч населения – 134,2; число больных, впервые взятых на учет с диагнозом наркомания, на 100 тысяч населения – 6,4; сумма (на 100 тыс. нас.) = 140,6; 1995 год: число больных, впервые взятых на учет, злоупотребляющих алкоголем, на 100 тысяч населения – 132,3; число больных, впервые взятых на учет с диагнозом наркомания, на 100 тысяч населения – 15,5; сумма (на 100 тыс. нас.) = 147,8; 1997 год: число больных, впервые взятых на учет, злоупотребляющих алкоголем, на 100 тысяч населения – 121,9; число больных, впервые взятых на учет с диагнозом наркомания, на 100 тысяч населения – 28,5; сумма (на 100 тыс. нас.) = 150,4; 1999 год: число больных, впервые взятых на учет, злоупотребляющих алкоголем, на 100 тысяч населения – 111,3; число больных, впервые взятых на учет с диагнозом наркомания, на 100 тысяч населения – 41,8; сумма (на 100 тыс. нас.) = 153,1; 2000 год: число больных, впервые взятых на учет, злоупотребляющих алкоголем, на 100 тысяч населения – 112,6; число больных, впервые взятых на учет с диагнозом наркомания, на 100 тысяч населения – 50,6; сумма (на 100 тыс. нас.) = 163,2 (Кошкина, 2001); суммы показателей заболевших наркоманией и алкоголизмом в 1991 и 2000 годах приблизительно равны, хотя при этом количество

симптом другого («первичного») психического заболевания, или как компенсаторный механизм, компенсирующий дефицит в психологической структуре или функционировании; злоупотребляющий психоактивными веществами использует химические препараты как способ облегчения или устранения болезненных симптомов другого психического заболевания (такого, как, например, депрессия) или чтобы заполнить «пустоту», возникшую в результате неполноценностей в психологической структуре или функционировании); 5) социальная модель (в этой модели зависимость от ПАВ считается результатом средовых, культуральных, социальных, семейных или связанных с близким окружением влияний; потребитель ПАВ рассматривается как продукт внешних сил, таких, как бедность, доступность наркотиков, давление окружающих и семейные дисфункции) (Brower et al., 1989).

«Индивидуальная система значений» – определенным образом организованная совокупность усвоенных субъектом значений и отношений между ними. Основное образующее индивидуального сознания, «развивается в ходе онтогенеза» (Краткий психологический словарь, 1985, стр. 104). Предмет психосемантики.

«Интерорецепторы» – (от лат. interior – внутренний, и receptor – принимающий) – «окончания центостремительных нервов, находящиеся во внутренних органах или тканях организма и служащие для индикации постоянства внутренней среды организма. Интерорецепторы находятся в сосудах, тканях, во внутренних органах, в скелетных мышцах, сухожилиях и связках. По функциям, которые выполняют интерорецепторы, выделяют механорецепторы, или барорецепторы, которые реагируют на растяжение и деформацию тканей; хеморецепторы, которые реагируют на изменения химизма; терморецепторы, которые реагируют на изменения температуры; осморецепторы, которые реагируют на изменения осмотического давления;

заболевших наркоманией в 2000 году возросло по отношению к 1991 году почти в 13 раз]. Можно предположить, что те генетически предрасположенные к зависимости от ПАВ люди, которые раньше стали бы алкоголиками, теперь стали наркоманами. Однако при этом также можно предположить, что генетически детерминирована не непосредственно зависимость от ПАВ, а психологические особенности, которые делают развитие этой зависимости высоко вероятной.

ноцирецепторы, которые реагируют на болевые воздействия на внутренние органы» (Психологический словарь, 2000-2002).

«Интрацептивное ощущение» («Внутреннее телесное ощущение», «Внутреннее ощущение») – отражение свойств внутреннего тела (внутреннего мира), возникающее при помощи интерорецепторов. Вообще, по классификации английского физиолога Ч. Шеррингтона, существует «три основных класса ощущений: 1) экстероцептивные, возникающие при воздействии внешних раздражителей на рецепторы, расположенные на поверхности тела; 2) проприоцептивные (кинестетические), отражающие движение и относительное положение частей тела благодаря работе рецепторов, расположенных в мышцах, сухожилиях и суставных сумках; 3) интероцептивные (органические), сигнализирующие с помощью специальных рецепторов о протекании обменных процессов во внутренней среде организма. В свою очередь, экстероцептивные ощущения делятся на два подкласса: дистантные (зрительные, слуховые) и контактные (осязательные, вкусовые). Обонятельные ощущения занимают промежуточное положение между этими подклассами» (Краткий психологический словарь, 1985, стр. 228). Согласно классификации английского невролога Х. Хэда, выделяются протопатическая (более древняя) и эпикритическая (более молодая) чувствительность (там же). «Ощущения человека опосредствованы его практической деятельностью, всем процессом исторического развития общества» (там же, стр. 229). Если проприоцепция или кинестетика – информация о положении, то интрацептивные ощущения – в первую очередь, информация о состоянии.

«Интрацептивное ощущение получает свое субъективное существование в категориальной сети интрацептивных значений. Первично означенное (в категориях телесности) интрацептивное ощущение может образовывать вторичную семиологическую систему конструкторов (мифов) болезни» (Тхостов, 1991а, стр. 7).

«Интрацептивный сигнал» – значимый для осуществления определенной деятельности или запускающий определенное поведение паттерн внутренних ощущений.

«Интрацептивный словарь» – набор значений, используемых субъектом для знаково-символического опосредствования внутреннего восприятия. У различных субъектов могут быть различные интрацеп-

тивны́е словари (возможно, здесь иногда имеет смысл вместо слова «словарь» использовать понятие «архив» — то, что освоено и где-то хранится, причем так, что им можно воспользоваться), поскольку использование/неиспользование тех или иных значений имеет индивидуальные различия. Можно выделить и специфические интрацептивные словари — например словарь болезненных ощущений — набор значений, используемых субъектом для знаково-символического опосредствования внутреннего восприятия, субъективно воспринимаемого как болезненное, или словарь сексуальных телесных ощущений и т.п. Следует также отметить, что субъект может усвоить (узнать) возможность использования того или иного значения, не пережив сам этого ощущения, и, таким образом, словарь знакомых, пережитых ощущений будет по своему составу отличен от «общего» интрацептивного словаря. Проводились исследования «общего словаря интрацептивных ощущений» (то есть набора слов (значений), подходящих, по мнению субъекта, для описания интрацептивных (внутренних, телесных) ощущений), «словаря знакомых по собственному опыту интрацептивных ощущений», «словаря болезненных интрацептивных ощущений», «словаря важных интрацептивных ощущений», «словаря угрожающих здоровью, опасных интрацептивных ощущений», «словаря часто испытываемых интрацептивных ощущений» (Тхостов, 1991, 2002; Елшанский, 1999), «словаря ощущений обычного состояния (*vigor vitalis*)» (Рупчев, 2001а).

«Интрацепция» («Интрацептивное восприятие») — внутреннее восприятие (см. выше), восприятие внутреннего (термин внедрен в отечественную психологическую теорию и практику А.Ш. Тхостовым). Противопоставляется экстрацепции — внешнему восприятию, восприятию внешнего. (Не следует путать с «интрацепцией/экстрацепцией» у Х.А. Мюррея (Murray, 1998), который понимает под этим направленность восприятия, определяя, в частности, «интрацепцию» как «господство чувств, фантазий, спекуляций, стремлений; образное, субъективное человеческое восприятие окружающего; романтическое поведение».)

Интрацепция долго рассматривалась «как некая архаичная, натурально-организованная и исключительно физиологическая по своему устройству сенсорная система» (Тхостов, 1991а, стр. 11). В последнее

время эти взгляды начали меняться, интрацепция стала рассматриваться как высшая психическая функция, обладающая всеми признаками сложного анализатора, знаково-символически опосредствованная и социально детерминированная.

Интрацептивное восприятие так или иначе происходит постоянно – по меньшей мере как непрерывно существующий фон нормального функционирования, его чувственная ткань – «самочувствие, то, что старыми врачами называлось “vigor vitalis”, в контексте которого будут получать свое существование отдельные телесные чувственные впечатления» (там же, стр. 16). Особенностью интрацептивного восприятия является его «предметность, объективированность, отнесенность вовне сознания» (там же, стр. 17).

Важно поднять вопрос об активности внутреннего отражения. Внутреннее восприятие определенно играет активную роль в деятельности и развитии субъекта, однако не совсем соответствует принципу активности, сформулированному С.Д. Смирновым: «активность выступает как одна из конституирующих характеристик человеческой деятельности, выражающих ее способность к саморазвитию, самовыражению через инициирование субъектом целенаправленных творческих (т.е. преобразующих деятельность) предметных действий» (Смирнов, 1985, стр. 32) и предполагает инициирование действия субъектом, направленность на изменение внешней действительности, отстраненность во времени и пространстве акта деятельности от окончательного результата, с одной стороны, и от инициировавших его событий – с другой, а также наличие между ними опосредующих действий (там же). Действия внутреннего отражения не инициируются субъектом или инициируются опосредованно – в частности через прием ПАВ – или после специальной тренировки, и нельзя сказать, что они направлены на изменение внешней действительности – тело одновременно является действительностью и внешней, и внутренней, таким образом, можно сказать, что внутреннее отражение *не совсем* активно или активно не так, как экстрацептивное отражение, специфически активно. То же можно определить и в отношении произвольности внутреннего восприятия – оно *не совсем* произвольно, специфически произвольно. Если акт зрительного восприятия субъект может инициировать или, наоборот, «отменить», просто отвернувшись

или закрыв глаза, то в отношении интрацепции такое не так просто – интрацептивное восприятие как бы навязчиво, тем не менее возможны способы его произвольного регулирования – субъект может «натренировать» свое интрацептивное восприятие так, чтобы, к примеру, не чувствовать боли, или наоборот, воспринимать телесные конструкторы, которые обычно не ощущаются и т.п. – существует множество подобных примеров в области различных психотехник. И тем не менее активность и произвольность – свойства внутреннего отражения. Просто механизмы внутренней активности и внутренней произвольности не совсем такие же, как механизмы внешнего отражения.

Некоторые авторы (например Колесов, 2000) используют вместо терминов «интрацепция», «интрацептивный» термины «интероцепция», «интероцептивный». На наш взгляд, это не совсем верно, поскольку латинский префикс «intra» образует слова, в русском языке соответствующие компоненту «внутри», а «intero», «inter» – компоненту «между» (Большой англо-русский словарь, 1972; Краткий словарь иностранных слов, 1950), следовательно, для обозначения внутреннего восприятия и внутренних ощущений слова и сочетания «интрацепция», «интрацептивное ощущение» по смыслу подходят гораздо больше. Это же можно отнести и к довольно распространенному термину «интерорецептор». Правильнее должно было быть «интрарецептор», однако в силу того, что данный термин используется в большом количестве медицинских работ, во избежание путаницы мы использовали написание «интерорецептор». В тех местах данной работы, где цитировались источники с написанием «интероцепция» и т.п., мы оставляли вариант автора цитируемой работы.

«Кинестезические ощущения» (от греч. kineo – двигаюсь и aisthesis – ощущение) – ощущения, дающие информацию о движении и положении собственного тела, возникающие при раздражении проприорецепторов, расположенных в мышцах, сухожилиях, суставах и связках. Импульсы, возникающие в проприорецепторах, идут по центростремительным путям через задние корешки спинного мозга в подкорковые ядра (таламус), затем в заднюю часть центральной извилины коры, которая представляет собой корковое ядро двигательного анализатора. При этом часть проприорецепторных импульсов переда-

ется в ретикулярную систему ствола мозга и мозжечок. На основе кинестезической чувствительности может происходить формирование межсенсорных связей, например зрительно-двигательных, определяющих пространственное видение, кожно-кинестезических, играющих очень важную роль в процессах осязания. Этот вид ощущений, выступающий, по определению И.М. Сеченова, в виде «темного мышечного чувства», может быть значительно обострен при специальной тренировке, в которой вырабатывается сознательный контроль за движениями по характеристикам их силы, скорости, ритма. Протопатическая чувствительность (от греч. *protos* – первый, *pathos* – болезнь) – форма кожной чувствительности, характерная для этапа восстановления после травмы кожной чувствительности, когда несильное прикосновение к коже или вообще не вызывает ощущения, или вызывает болевые ощущения (Психологический словарь, 2000-2002).

«Ноцицепция» (от латинских *nocere* – вредить и *sentire* – воспринимать) – «“ноцицепцией” называют болевую чувствительность, способность “воспринимать и реагировать на повреждающие воздействия”» (Василенко, 2002). Используется преимущественно в медицине. Утверждается, что «ноцицепторы не являются стабильными морфофункциональными образованиями. Они представляют собой динамичную функциональную систему, меняющую свои параметры и свойства в соответствии с изменениями взаимоотношений внешней и внутренней среды организма» (там же). «Термин ноцицепция... означает процесс восприятия повреждения. Активация ноцицепторов и ноцицептивных путей не всегда сопровождается болью, поэтому следует различать термины боль и ноцицепция. Боль как субъективное ощущение возникает на корковом уровне, а процессы, происходящие на всех нижележащих уровнях нервной системы, относятся к ноцицепции. Ноцицептивная система представлена нервными структурами, их элементами и биохимическими механизмами восприятия повреждающих воздействий» (Василенко, 2000). Отмечают, что «в отличие от других сенсорных систем, ноцицептивная система характеризуется не только способностью к адаптации, проявляющейся в снижении ответа рецептивных структур при повторном предъявлении адекватных стимулов, но и способностью к повышению ответа на них. Этот феномен, проявляющийся повышением чувствительности к но-

цицептивным стимулам (гиперэстезия), усилением (гипералгезия) и пролонгированием (гиперпатия) реакции на ноцицептивные стимулы, возникновением боли на неноцицептивные стимулы (аллодиния) и спонтанных ноцицептивных реакций, получил название ноцицептивной сенситизации» (там же). Утверждается также существование антиноцицептивной системы. В качестве обязательного компонента развития болевых синдромов рассматривают «ослабление тормозного контроля со стороны антиноцицептивной системы. Элементы антиноцицептивной системы распределены на всех уровнях проведения болевой информации, она включает определенные структуры и механизмы, деятельность которых направлена на подавление боли. Постоянное взаимодействие ноцицептивной и антиноцицептивной систем осуществляют функцию контроля боли. Активация ноцицептивной системы в норме вызывает и повышение активности антиноцицептивных механизмов. Взаимодействие механизмов ноцицепции и антиноцицепции происходит уже на уровне периферических афферентных ноцицептивных волокон» (там же). Существует мнение, что «антиноцицептивная система – значительно более позднее приобретение эволюции. У человека динамический баланс активностей ноцицептивной и антиноцицептивной систем проявляется в изменениях болевой чувствительности. Механизмы регуляции болевой чувствительности тесно сопряжены с другими гомеостатическими механизмами и занимают лидирующее место в иерархии адаптационных реакций» (там же).

«Проприорецепторы» – (от лат. proprius – собственный, receptor – принимающий) – периферические элементы сенсорных органов, расположенные в мышцах, сухожилиях, суставах, в коже и свидетельствующие об их работе (сокращения мышц, изменения положения тела в пространстве) (Психологический словарь, 2000).

«Психическая зависимость» – сформированное патологическое влечение, т.е. выраженное, неудержимое, труднопреодолимое стремление, «тяга» к приему ПАВ с целью изменения своего состояния (Цетлин и др., 1999, стр. 4). (См. также «зависимость от ПАВ» и «психоактивное вещество».)

«Психоактивные вещества» (ПАВ) – вещества растительного или искусственного происхождения, оказывающие специфическое дей-

ствие на психику, нервную систему, мозг, организм в целом (опьяняющее, эйфоризирующее, стимулирующее, седативное, галлюциногенное и т.п.). Однократный прием ПАВ может приводить к развитию состояний острой интоксикации, а регулярное потребление – к закреплению последствий и проявлений хронической интоксикации. В процессе потребления ПАВ может формироваться болезненная зависимость от их приема.

Зависимость, возникающая вследствие злоупотребления ПАВ, официально отнесенными к наркотическим средствам, определяется как наркомания, не отнесенными – как токсикомания. Зависимость проявляется следующими признаками: психической зависимостью, физической зависимостью, измененной толерантностью (Цетлин и др., 1999, стр. 4). («Толерантность» – в данном контексте – переносимость (чувствительность) организма по отношению к эффектам ПАВ, которая меняется в процессе адаптации к систематическому его приему: она постепенно повышается с началом формирования зависимости, достигает максимума и удерживается в виде «плато» на высоте наркологической болезни, а затем падает на ее конечной стадии на фоне грубых сомато-неврологических расстройств в рамках хронической интоксикации (там же, стр. 4-5).)

«Психология телесности» – область психологического знания, рассматривающая телесность в психологическом, культурологическом, семиологическом и семантическом аспектах.

«Психосемантика» – область психологии, изучающая генезис, строение и функционирование индивидуальной системы значений (Краткий психологический словарь, 1985) (подробнее см. ниже).

«Телесность» – совокупность проявлений телесного; все, имеющее отношение к телу (как внутреннему, так и внешнему), связанное с телом, его функционированием, восприятием и т.д. Предмет психологии телесности. В процессе жизни человек постоянно вынужден наталкиваться на реальность его телесного существования. «Хотя в обыденной жизни он часто не замечает своего тела, у телесности есть много способов себя обнаружить. Один из самых распространенных и наиболее неприятных – болезни ...» (Тхостов, 2002, стр. 3). Совокупность телесных проявлений здорового человека относится к сфере «нормальной» телесности: «существование тела обнаруживается

практически в каждый момент нашей жизни в виде ли “слабости”, “усталости”, или, напротив, “силы”, “возбуждения” и пр.» (там же).

«Физическая зависимость» («Химическая зависимость») – возникающая в результате регулярного приема ПАВ функциональная перестройка всей жизнедеятельности организма человека, которая приводит к развитию различных физических и психических нарушений при прекращении приема привычного ПАВ или блокады его действия специфическими антагонистами. Совокупность этих нарушений обозначается как «синдром отмены», или «абстинентный синдром» («ломка»); он облегчается или купируется введением привычного или сходного по действию ПАВ (Цетлин и др., 1999, стр. 4). (См. также «зависимость от ПАВ» и «психоактивное вещество».)

1.2. Предварительные теоретические пояснения

1.2.1. Телесность

Проблемы телесности человека являются центральными для целого ряда медицинских и биологических наук, однако для психологии телесность пока находится далеко на обочине основных направлений исследований, сконцентрировавшихся, несмотря на формальную декларацию психосоматического единства человека, преимущественно на явлениях сознания или высшей психической деятельности. При этом очевидно, что в ходе прижизненного развития телесность «теряет свой природный, натуральный характер, очеловечиваясь и приобретая качественные изменения» (Тхостов, 1991, с. 5). «Гораздо раньше, чем человек начнет манипулировать с внешними объектами, практически с первых дней жизни ему постепенно, поэтапно прививают навыки культурного осуществления таких важных человеческих функций, как умение по-человечески есть, пить, выделять экскременты, ходить и пр.» (Тищенко, 1987, с. 189). В онтогенезе человека телесность – это первый предмет овладения и контроля, постепенно трансформирующийся в универсальное орудие и знак. Натуральные пси-

хические функции в процессе социализации превращаются в собственно человеческие, высшие (Выготский, 1960; Леонтьев, 1961; Эльконин, 1963; Запорожец, 1967; Гальперин, 1966, 1966а; Лурия, 1969 и др.). При этом их трансформация радикальна и в ее результате рождается совсем новое качество. Овладевая своими натуральными психическими функциями, человек опосредствует их «психологическими орудиями» — знаковыми системами и «путем надстройки новых образований над старыми, с сохранением старых образований в виде подчиненных слоев внутри нового целого» (Выготский, 1956, стр. 488) формирует новые «опосредствованные» функции. Однако роль телесного бытия человека, освоения им социализированных форм осуществления телесных функций (еды, питья, выделений, сексуальных отправлений, переживания и проявления болезненных телесных расстройств) в исследованиях процессов социализации и опосредствования природных функций практически игнорировалась. Особенно это касается такого важнейшего фактора человеческой телесности, как внутреннее, интрацептивные ощущения.

Наличие факторов социализации и знаково-символического опосредствования в структуре интрацепции, необходимость рассмотрения интрацепции как высшей психической функции доказаны в работах А.Ш. Тхостова (Тхостов, 1991, 2002). Таким образом, теоретико-методологической основой психологического понимания телесности и интрацептивного восприятия может стать культурно-историческая концепция развития высших психических функций Л.С. Выготского.

Можно отметить в современной психологической науке явную тенденцию смещения представлений о телесности от биологической к социокультурной детерминированности. Сначала появился интерес к социокультурной детерминированности. Сначала появился интерес к психосоматическим заболеваниям и соматоформным расстройствам, субъективной схеме и границам тела, появились работы в области семиотики и семантики телесности, стало возможным говорить о психологии телесности как об отдельной области психологического знания, однако все равно роль и место телесности в психологии еще значительно недооценены, телесные факторы часто игнорируются, и современная психология во многом еще остается «бестелесной».

«Свое субъективное существование телесность может получать не иначе как в системе интрацептивной категоризации, языка тела. Сте-

пень развитости и дифференцированности субъективной интрацептивной семантики определяет богатство и “артикулированность” телесных переживаний...» (Тхостов, 1991а, стр. 18).

Некоторые исследователи используют термин *внутренняя телесность*, понимая ее как «совокупность индивидуальных представлений субъекта о своем организме и процессах, происходящих в нем, возникающих в результате активного восприятия и организации интрацептивных ощущений» (Рупчев, 2001, стр. 44).

Тело – очень своеобразный объект мира, он одновременно и внешний, и внутренний, переходный, обладающий дуализмами.

1.2.2. Дуализмы тела

Мир представлен человеческому сознанию в единстве знания и восприятия. Объект мира, с одной стороны, воспринимается через ощущения и анализаторы, идентифицируется сознанием субъекта (как отдельный объект, группа объектов, часть другого объекта и т.п.), с другой стороны, тот же объект мира репрезентирован индивидуальному сознанию как часть знания субъекта, как информационная совокупность, при этом через механизмы опыта – фиксации следов сознания – воспринятое остается доступным субъекту, но уже в переработанном виде – как элемент знания. При этом мир поставляет как материал для восприятия, так и обобщенный опыт других субъектов – информационный материал. Однако если в первом случае (восприятие) знаково-символическое опосредствование осуществляется самим субъектом, то во втором (усвоение внешней информации) – субъект уже получает знания в готовой знаково-символической форме (рис. 1). Представленная схема носит упрощенный характер – конечно, восприятие всегда опосредствовано опытом, а трансляция внешнего знания субъекту происходит через анализаторные системы – восприятие и т.п. Однако в текущем контексте данные факторы не являются значимыми. На рисунке 2 представлена схема репрезентации тела сознанию. Тело внешне доступно «обычному» восприятию, в том числе и восприятию других людей – таким образом, субъект воспринимает «внешнее тело» через обычное восприятие (хотя, ко-



Рис. 1. Репрезентация мира (объекта мира) сознанию

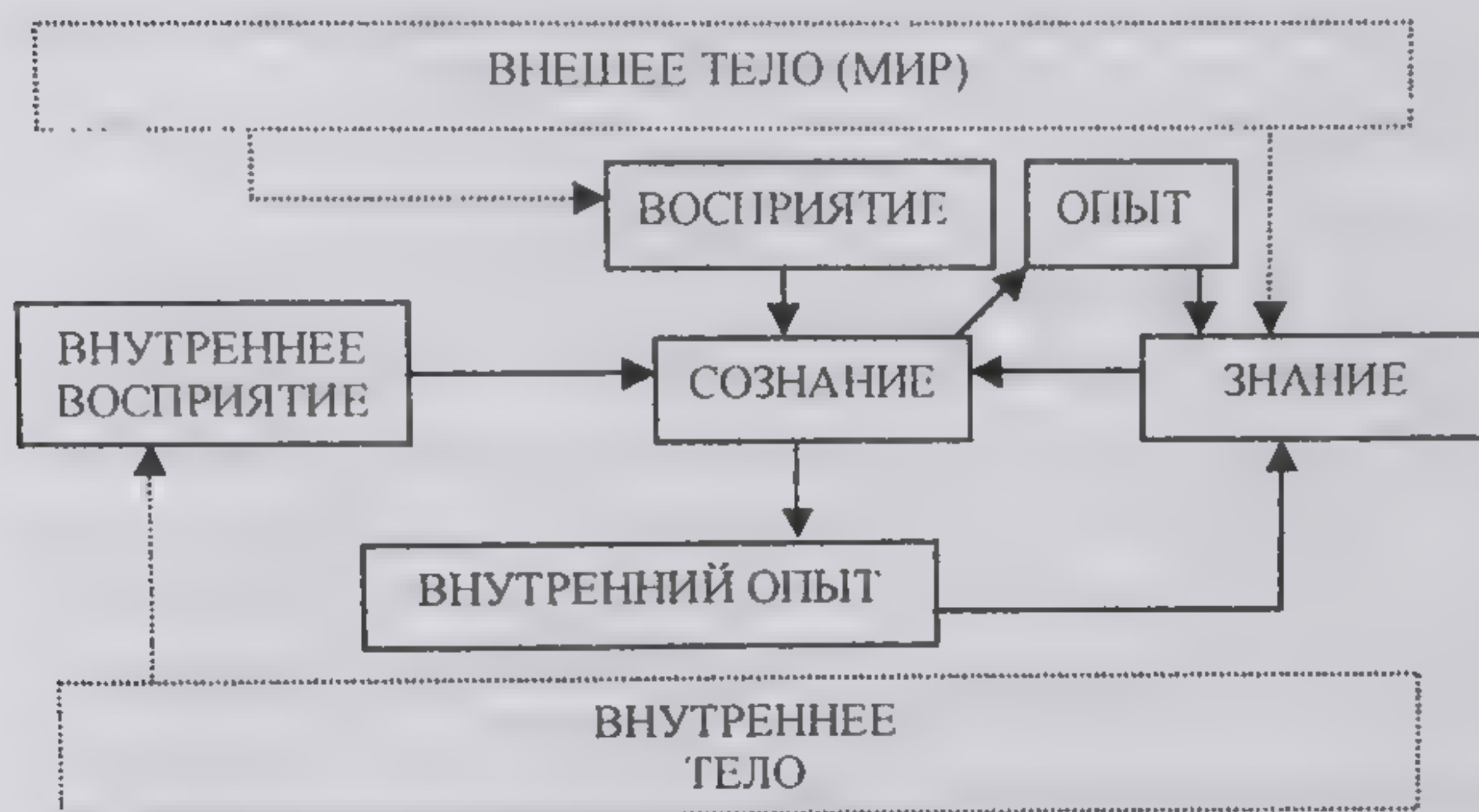


Рис. 2. Репрезентация тела сознанию

нечно, и здесь наблюдается множество феноменов, невозможных при экстрацептивном восприятии просто объекта мира – например, если я потираю одну руку о другую, то происходит одновременное галтическое восприятие как бы двух объектов, каждый из которых одновременно является и «датчиком»). Субъект также может получать информацию о своем «внешнем теле» от других субъектов (извне). Таким образом, восприятие «внешнего тела» схоже с восприятием объекта мира, однако одновременно происходит и восприятие «внутреннего тела» – совершенно особого объекта восприятия – во-пер-

вых, оно осуществляется с помощью особого анализатора (интрацептивного), а во-вторых, недоступно получение внешнего («информационного») знания о нем, ведь никто не может «подключиться» к интерорецепторам субъекта (даже в случаях, когда восприятию других субъектов доступно то, что происходит внутри тела – при хирургических операциях, например, или при медицинских процедурах с использованием телезонда – это восприятие не будет восприятием «внутреннего тела», поскольку «внутреннее тело» доступно только через интерорецепторы, а будет лишь частным случаем восприятия «внешнего тела»). Субъекту также доступно внешнее знание о теле другого человека (при вербализации им своего внутреннего восприятия) или обобщенная информация о внутреннем восприятии вообще, однако это не является информацией о конкретном объекте – о *его* (собственном) внутреннем теле.

Таким образом, первый дуализм, двойственность тела состоит в одновременном восприятии тела (одного объекта) и как объекта, схожего по его восприятию с объектом внешнего мира («обычным» внешним объектом), и как совершенно особого объекта внутреннего восприятия (внутреннего тела). При этом тело, в «нормальном» случае, воспринимается едино – механизмы восприятия гармонично синтезируют внешнее и внутреннее восприятие тела и оно репрезентировано сознанию как один сложный объект, однако сознательная дифференциация внутреннего и внешнего у большинства субъектов не вызывает затруднений. Это дуализм внутреннего и внешнего тела («наличия» как бы двух тел для субъекта при одном реальном).

Согласно М.К. Мамардашвили, у Декарта «тело» выступает «в двух разных обликах» (Мамардашвили, 1993, стр. 303) – как предмет, и как «лично мое тело». «Есть мое тело, которое представляет собой внешнюю реальность по отношению ко мне самому, поскольку я рассматриваю его как предмет, наряду с другими предметами (и другими такими же телами), занимающий место в мире, в его причинных рядах. Оно рассматривается как внешнее, извне (т.е. артикулировано в пространстве без “внутреннего”)» (там же). «Однако есть тело и в другом смысле. То, которое, как говорит Декарт, лично мое. Оно – тоже “тело”, хотя и представляет собой соединение “тела и души” (там же). “Значит, есть тело, которое я наблюдаю внешне, наблюдаю в себе и в

других, а есть
состояниями
но тело – в др
ски» (там же
предмет объе
новом смысле
с моим опытом
305).

Таким обр
лизм объекти
много в ином
одновременн
чае можно да
1) тело как «Я
трогай меня!»
сти, собственн
сти. В данном
стов, 2002) и ф
ри тела (новое
«не мое» и «не
создает «спец
тела», погруж
стр. 72). В нек
ного зонда, со
ся собственны
ния» (там же).
субъекту унив
не своих грани
ми границами,
Немного др
кости организ
субъектным во
ванием двух по
организация те
живаний тела з
как объект вне

других, а есть мое "тело", которым я движу, с моими сознательными состояниями и духовными силами. Эта смесь тоже, несомненно, тело, но тело – в другом смысле, чем оно же, но рассматриваемое физически» (там же, стр. 304). Т.е. тело воспринимается одновременно как предмет объективного анализа и как субъективное – «мое "тело" в новом смысле слова, "тело", которое срослось с моими состояниями, с моим опытом, с моими испытаниями и историей» (там же, стр. 304-305).

Таким образом, другой дуализм тела можно обозначить как дуализм объективного и субъективного тела или, рассматривая его немного в ином аспекте, как дуализм самосознания – тело сознается одновременно как объект и как своеобразная часть «Я». В данном случае можно даже говорить о некой тройственности восприятия тела: 1) тело как «Я», как субъект – например, человек может сказать «Не трогай меня!» и т.п.; 2) тело как «мое тело», как объект принадлежности, собственности; 3) тело как объект – как часть внешней реальности. В данном случае показательны известные феномены зонда (Тхостов, 2002) и феномены отчуждения патологических образований внутри тела (новообразований, воспалений и т.п.), воспринимаемых как «не мое» и «не Я». Восприятие препятствий, очагов отчуждения в теле создает «специфическую конфигурацию, топологию "внутреннего тела", погруженного внутрь анатомического тела человека» (там же, стр. 72). В некоторых патологических случаях «тело из универсального зонда, совпадающего с размерностью внешнего тела, становится собственным объектом, сжимаясь до границ нового сопротивления» (там же). В «норме» же тело воспринимается как подчиненный субъекту универсальный зонд «и должно осознаваться лишь на уровне своих границ, разделяющих мир и субъекта, вернее, именно *своими границами*, уподобляющимися границам мира» (там же, стр. 67).

Немного другой (или тот же самый, но рассматриваемый в плоскости организации телесного опыта), также связанный с объектно-субъектным восприятием тела дуализм тела определяется существованием двух полюсов переживания тела, вокруг которых происходит организация телесного опыта. «Представления о двойственном переживании тела заключаются в том, что оно одновременно выступает и как объект внешнего мира (переживание "Я в теле" или "У меня есть

тело”), и как собственно сам субъект (полюс переживания “Я и есть тело”). Организация телесного опыта вокруг полюса “Я есть тело” определяет соответствующий вариант телесности, характеризующийся освоенностью и полноценным управлением со стороны субъекта, переживанием психосоматического единства. Тело выступает прозрачным для его сознания и не явлено в качестве объекта. ... Организация телесного опыта вокруг полюса “У меня есть тело” определяет вариант телесности, в котором внутри привычного тождества себя и своего тела возникает определенная дистанция, дающая чувство нахождения внутри особой телесной машины... Два полюса переживания тела образуют континуум, внутри которого находятся разные варианты телесности» (Рупчев, 2001, стр. 16). Полюс «Я есть тело» связан с диффузными, нелокализуемыми (или локализуемыми условно), охватывающими все тело ощущениями – самочувствием, а полюс «У меня есть тело» – с локализованными, конкретными внутренними ощущениями (там же).

Еще один своеобразный дуализм тела состоит в том, что телесное для психического, с одной стороны, организовано как язык, как знаково-символическая опосредствованная значениями система, но, с другой стороны, тело – носитель («место» аффектогенных физиологических реакций) и часто источник аффекта и отражается непосредственно. Телесность и эмоции неразрывно связаны. Эмоция как реакция на ситуацию, как непосредственное ее переживание неотделима от внутренних ощущений, от телесности.

Исследуя внутреннее восприятие, мы вынуждены учитывать, что воспринимаемый сложный объект – тело – обладает множественной амбивалентностью восприятия. Индивидуальные же особенности этой амбивалентности могут проявляться при знаково-символическом опосредствовании внутреннего восприятия и быть предикторами или последствиями различных заболеваний.

1.2.3. Внутренний опыт

Категория «опыта» достаточно широко используется в современной психологии. Е.Ю. Артемьева определяет субъективный опыт как

«структурированные следы предшествующих реализуемому в данный момент психическому акту деятельности» (Артемьева, 1999, стр. 17). Субъективный опыт является регулятором деятельности и, следовательно, представления мира (там же). Очевидно, что внутренние (внутрителесные) акты деятельности – такие, как, например, акты внутреннего восприятия – также оставляют следы. Это и есть внутренний опыт.

Считается, что опыт определенным образом организован, структурирован. По мнению Е.Ю. Артемьевой, субъективный опыт имеет поуровневую организацию (там же). Существуют различные предположения о распределении уровней или структур субъективного опыта. Так, например, С.Д. Смирнов (1981) выделяет «поверхностные» (чувственно оформленные представления о мире) и «ядерные» (отражающие мир в целом – отторгнутые от чувственности, знаковые и амодальные системы) структуры, а Е.Ю. Артемьева специфицирует слои субъективного опыта «по форме фиксации следа деятельности» (Артемьева, 1999, стр. 19) – при этом первый, «самый поверхностный слой» (там же) – перцептивный, следующий слой – семантический – «элементы семантического слоя субъективного опыта понимаются... как следы деятельности, зафиксированные в отношении к предметам, объектам манипуляции и условиям этих деятельности» (там же, стр. 23), они «близки к “значениям” в понимании Л.С. Выготского и “индивидуальным значениям” (“личностным смыслом”) А.Н. Леонтьева» (там же), а «самый глубокий слой» (там же, стр. 21) – «слой амодальных структур, образующихся при “обработке” семантического слоя» (там же) – соотносится с «ядерными структурами образа мира» (там же) и формируется «при участии и самом существенном вкладе понятийного мышления» (там же). «Нам совсем неизвестен “язык” этого слоя, устройство его структуры» (там же). Можно предположить, что структуры существуют и внутри каждого из слоев. Так, например, внутри семантического слоя можно выделить структуры семантических категорий или классов.

Существует определение опыта как «всей совокупности чувственных восприятий, приобретаемых в процессе взаимодействия человека с внешней природой и составляющих источник и основу всех наших знаний о материальном мире» (Словарь русского языка, 1986, стр.

634). По аналогии с этим определением можно определить «внутренний опыт» как всю совокупность чувственных восприятий, приобретенных в процессе взаимодействия человека со своей внутренней (телесной) природой, внутренним (интрацептивным) миром. Внутренний опыт — один из источников наших знаний о телесности.

Как свойства внутреннего опыта можно назвать: эго-синтонность («мой» опыт, субъективно часто воспринимаемый как опыт «внутри меня»); отграниченность от внешнего, зателесного мира; пережитость — это целиком личный (не чей-то, не перенятый) опыт, не знание о чужом опыте; специфическую опосредствованность — это опосредствованный индивидуальными системами внутреннего восприятия опыт; тесную связь с эмоциями; постоянство — он так или иначе переживается всегда, хотя бы как обычный интрацептивный фон, самочувствие, сопровождает любую деятельность, всю жизнь — это проживаемый опыт; телесность — это телесный опыт; высокую степень диффузности и размытости.

Внутренний опыт связан с механизмами интрацептивной памяти — сохранения, организации и хранения пережитых внутренних ощущений.

Можно сказать, что существуют внешнее и внутреннее ядра (центры) деятельности — взаимодействие субъекта с внешним и внутренним миром соответственно. Внутренний опыт — «следы» внутренней деятельности.

В отношении структурирования и организации внутреннего опыта можно предположить, что они, в целом, подчиняются тем же закономерностям, что и субъективный опыт вообще. Нарушенность механизмов оперирования опытом, по-видимому, затрудняет рефлекссию и функционирование таких психических процессов, в которых имеет значение сравнение и построенное на сравнении (например с эталонами) регулирование деятельности. В отношении внутреннего опыта это особенно значимо. Дефицитарность структурирования внутреннего опыта, его диффузность и недифференцированность, корреспондирует с некоторыми психическими, наркологическими и соматическими заболеваниями (Елшанский, 1999, 2000, 2000а).

1.2.4. Интрацепция (внутреннее восприятие)

Долгие годы интрацепция оставалась «неразработанной областью психологии и трактовалась как “низшая”, архаичная, физиологическая форма перцепции, на которую не распространялись общепсихологические закономерности человеческого восприятия» (Тхостов, 1991, с. 6), и лишь недавно стали появляться первые немногочисленные исследования, показывающие, что внутреннее восприятие значительно трансформируется в процессе социализации человека и опосредствовано знаково-символическими системами (Николаева, 1976, 1987, 1993; Тищенко, 1987; Арина, 1991, 1993; Тхостов, 1991, 2002). При таком подходе современная клиническая психология получает серьезные теоретические перспективы объяснения и осмысления целого ряда патопсихологических явлений. «Физиологическое» же понимание внутреннего восприятия «не подтверждается ни клиническим опытом, ни специальными научными исследованиями, ни обыденным опытом человека» (Тхостов, 1991, с. 7). Понимая интрацепцию как своеобразную высшую психическую функцию, как опосредствованную системой культурно выработанных знаковых средств перцептивную деятельность, а не просто как натуральную рефлекторную систему, и распространяя на телесные явления общие принципы социализации натуральных процессов и функций, мы придаем физиологическим организменным системам новое качество, возникающее через знаковое опосредствование и освоение соматической сферы человеком в ходе его культурно-исторического развития. Если учесть, что в процессе онтогенеза человек усваивает не только здоровые, но и болезненные культурные формы проявления и восприятия телесности, то телесное страдание (болезнь) и телесные сигналы, связанные так или иначе с теми или иными проявлениями соматической или психической дефицитарности, необходимо рассматривать не как натуральное состояние, которое пассивно испытывает субъект, а как предмет его активного отражения. При этом интрацептивное ощущение преобразуется в сложную, знаково-символическую, часто текстовую структуру, а нарушения опосредствования и специфические особенности субъективной интрацептивной семантики отражаются на качестве переживания телесных ощущений и могут искажать внутреннее

восприятие, приводя к формированию различных патологических феноменов.

Можно однозначно утверждать, что преобладающее в современной науке опирающееся на принцип пассивности субъекта в процессе отражения представление о натуральном характере телесности человека и рефлексорном строении внутреннего восприятия значительно тормозит развитие научного процесса и должно быть кардинально пересмотрено в пользу распространения на телесность человека и внутреннее восприятие идей культурно-исторического формирования человеческих функций. «Знаково-символическое опосредствование и овладение телесностью превращает ее в культурный предмет – средство и орудие культурной деятельности, удваивая ее существование: к натуральным функциям обеспечения жизнедеятельности присоединяя знаковые функции выражения, означения в самых широких пределах, средства общения, удовлетворения неорганизмических потребностей. Самая простая телесная функция, не говоря узко о весьма важных для субъективного существования телесных проявлений болезни, может означать не только самую себя, но и то, что в ней натурально не содержится» (Тхостов, 1991, с. 10). Интрацепция не относится только к непосредственному уровню отражения телесности, подчиняющемуся исключительно физиологическим, рефлексорным закономерностям, и требует комплексного изучения морфологического, физиологического и психологического уровней. «Телесность не просто “проявляет” себя через интерорецепторы, а активно отражается субъектом, причем субъективное качество возникающих ощущений определяется не только качеством стимуляции, но и возможностями и условиями этого отражения» (Тхостов, 1991, с. 11). При этом внутренние ощущения получают свое субъективное существование в категориальной сети значений. «Первично означенное (в категориях телесности) интрацептивное ощущение может образовывать вторичную семиологическую систему конструкторов (мифов) болезни. Входя в контекст человеческого существования, субъективная семантика телесности испытывает на себе влияние ценностных ориентаций, установок, социокультурных стереотипов, типа ментальности и пр.» (там же).

Нарушения интрацептивного восприятия могут определяться «искажением субъективной интрацептивной семантики, ложными пред-

ставлениями о болезни или ее “особым” личностным смыслом» (там же).

Сенсорные сигналы, идущие от интрацепторов, функционально получают свое субъективное существование лишь в контексте систем эталонов, психологических механизмов ассоциации и категоризации, перцептивных и языковых структур. «Простое и непосредственное ощущение, вызванное заболеванием, является таковым лишь для поверхностного и наивного наблюдателя. В своей простоте оно содержит в скрытом, свернутом виде систему перцепции, культуру, язык, знания, опыт, потребности и мотивы» (там же, с. 12).

Очевидно, что интрацепция тесно связана с эмоциями, которые определяют как реакции человека на воздействие внутренних и внешних раздражителей, имеющие ярко выраженную субъективную окраску, охватывающие все виды чувствительности и переживаний и связанные с удовлетворением (положительные эмоции) или неудовлетворением (отрицательные эмоции) различных потребностей организма (Психологический словарь, 2000-2002), как психическое отражение в форме непосредственного переживания (Краткий психологический словарь, 1985).

Если в психологии в последние годы наметился определенный сдвиг в плане отношения к интрацепции, то в медицине по-прежнему наблюдается значительная недооценка ее роли и значения. По мнению А.Ш. Тхостова, «совершенно естественно, что отсутствие разработанной психологической теории интрацепции и даже просто серьезных доказательств нужности такой теории привело к тому, что медицина, имеющая дело с проявлением через телесность и интрацептивные ощущения болезненных состояний, пользуется исключительно анатомическими и физиологическими объяснениями» (Тхостов, 1993, стр. 5). В медицине понимание происхождения болезненных субъективных ощущений укладывается в рефлекторную схему, которая «в самом общем виде... довольно проста: раздражение, попадающее на периферийные интерорецепторы, передается в подкорковые ядра, а затем в соответствующие рецепторные зоны коры. Вся рефлекторная схема может быть описана на чисто физиологическом и анатомическом языке и не нуждается в дополнении ее психологией, т.к. субъективное есть лишь продолжение объективных событий и

точно им соответствует» (там же). Однако при этом медицинская наука закономерно наталкивается на определенные трудности, и эти «трудности начинаются с необходимости объяснения большого числа феноменов, не укладывающихся в выбранную схему, таких, как, например, соматоформные, ипохондрические или сенестопатические синдромы, при которых для субъективно отчетливых интрацептивных ощущений затруднительно обнаружить вызывающие их материальные причины» (там же). «Выход из этого тупика возможен только в том случае, если отказаться от рассмотрения болезненных ощущений, как подчиняющихся преимущественно физиологическим закономерностям, и использовать общие принципы изучения сенсорных систем и психических функций в рамках комплексного рассмотрения морфологического, физиологического и психологического уровней» (там же). «Простое и непосредственное ощущение, вызванное заболеванием, является таковым лишь для поверхностного и наивного наблюдателя. В своей простоте оно содержит в скрытом, свернутом виде систему перцепции, культуру, язык, знания, опыт, потребности и мотивы» (Тхостов, 1991, стр. 16).

В медицинской литературе описан целый спектр исследований соотношений наличия внутренних болезненных ощущений и соматических нарушений: от ипохондрических ощущений, обладающих всеми признаками психологической реальности, но не имеющих под собой никаких соматических оснований, до отсутствия каких бы то ни было ощущений, несмотря на значительные телесные повреждения (Dupre, 1925; Ротштейн, 1961; Buytendijk, 1966; Мелзак, 1981; Карварский, 1980; Смулевич, 1987 и др.). В этих исследованиях показано, что интрацептивное восприятие не может быть однозначно определено параметрами или свойствами раздражения, а зависит от большого количества возможных факторов, таких, как оценка ситуации, значение телесного ощущения, его личностный смысл, мотивация, индивидуальный внутренний опыт, принадлежность к определенной культуре и т.д. При этом большинство медицинских исследований нарушения внутреннего восприятия относится к сфере психиатрии, роль же интрацепции в патогенезе и этиологии наркологических заболеваний, если не считать описаний болезненных ощущений, возникающих при различных абстинентных синдромах (Пятницкая, 1975; Ануф-

риев, 1978; Врублевский и др., 1990; Надеждин, 1994 и др.), или ощущений эйфории (Пятницкая, 1975; Михайлов, 1992; Найденова и др., 1994 и др.), практически не исследовалась. Однако представляется весьма вероятным, что именно внутренние, интрацептивные ощущения являются важным фактором возникновения и развития патологического влечения к ПАВ.

Мысль о том, что физиологические изменения, происходящие в человеческом организме в результате потребления ПАВ, формируют специфические интрацептивные паттерны, в общем-то, лежит на поверхности и так или иначе проникает в наркологические теории. Так, к примеру, А. Людвиг и А. Винлер (Ludwig, Wikler, 1974), рассматривая влечение к алкоголю как форму условно-рефлекторной абстиненции, утверждают, что оно может быть вызвано «как экстероцептивными, так и интероцептивными раздражителями» (Альтшулер, 1994, стр. 20). Однако, как собственно интрацепция может детерминировать патологическое влечение, ученым-наркологами не совсем понятно. Комментируя упомянутую теорию А. Людвиг и А. Винлера, В.Б. - Альтшулер пишет: «Во всем этом немало противоречий. Во-первых, непонятно, каким образом действие самого алкоголя может явиться условным интероцептивным стимулом абстиненции, которая связана как раз с отсутствием алкоголя; словом, как алкоголь может сигнализировать отсутствие алкоголя?» (там же, стр. 21).

Высказывается мнение, что интрацептивный фон внутренней телесности, переживаемый как обычное самочувствие (*vigor vitalis*), в норме рудиментарен и представлен диффузными ощущениями, «относящимися к психической сфере», в патологии же, в рамках проявлений соматизации, приобретает измененный характер (Рупчев, 2001а, стр. 8). Причем утверждается, что принципиально рудиментарный характер и представленность в основном диффузными ощущениями являются главными особенностями здорового *vigor vitalis* (Рупчев, 2001а). С утверждениями рудиментарности ощущений обычного самочувствия, конечно, вряд ли можно согласиться (см. подробнее ниже).

Внутреннее восприятие – активный процесс, требующий определенных психологических инструментов, при отсутствии или дефицитности которых у человека могут наблюдаться признаки психических расстройств или поведенческой дезадаптации. Интрацептивные

данные могут быть восприняты лишь в виде элемента некоторого множества, но не как неповторимое и единичное событие. «Для установления самого простого порядка необходима “система элементов”, то есть “определение сегментов, внутри которых смогут возникать сходства и различия, типы изменений, претерпеваемых этими сегментами, наконец, порог, выше которого будет иметь место различие, а ниже подобие» (Фуко, 1977, цит. по: Тхостов, 1991, стр. 65). Соответственно, отсутствие или дефицитарность выделения интрацептивного элемента из множества элементов, недостаточность или неадекватность структурирования этих элементов, затруднения операциональных механизмов оперирования такими элементами может быть психологическим механизмом психических заболеваний, например наркомании.

Интрацепция имеет ряд специфических особенностей. Интрацептивное восприятие мономодально (хотя, в принципе, во внутреннем восприятии можно выделить несколько «своих» модальностей – отдельно проприоцепцию, или кинестетику, собственно интрацепцию, которую тоже можно, в свою очередь, условно разделить на сигнально-болевою и фоновую чувствительность и т.п.); значения интрацептивного восприятия невозможно «показать», они осваиваются обычно по ассоциации со значениями экстрацептивного (в основном вкусового или гаптического) восприятия, в результате, интрацепция практически не имеет «своих» слов, «своего» языка; значительное число ощущений диффузно и сложно для осознания; интрацептивное восприятие сопряжено значительно больше, чем любое другое, с индивидуальным опытом, нежели с социальным, это также детерминирует особую знаковость интрацепции; интрацепция занимает особое место в онтогенезе – доминируя среди первых значимых ощущений (возможно, наряду с тепловыми (температурными), тактильными и вкусовыми ощущениями) младенца.

1.2.5. Внутреннее восприятие, поведение и деятельность

То, что внутренние ощущения являются значимым детерминантом поведения человека, представляется очевидным. Так, человек,

ощущающий острую боль, вынужден обычно осуществлять действия, направленные на ее устранение или ослабление, – принимать лекарства, искать медицинской помощи и т.п.

Больной осознает болевые ощущения, соответственно вербализует и артикулирует их, реагирует характерными мимическими и пантомимическими паттернами. При этом по предпринимаемым им действиям сторонний наблюдатель практически всегда может более или менее однозначно квалифицировать ощущения больного. Можно отметить и наличие соответствующего набора нереализуемых таким человеком или нехарактерных для таких ощущений действий и моделей поведения – так, например, человек, постоянно ощущающий сильную боль, вряд ли будет как-то активно веселиться или отправится в туристическую поездку и т.п. – больной действует определенно иначе, чем человек, не ощущающий никаких болезненных ощущений, его поведение подчинено боли и направлено на ее устранение или ослабление.

Таким образом, мы можем в какой-то мере негативно определить спектр его поведения, обозначив действия, не характерные для человека, имеющего те или иные внутренние ощущения. Можно говорить о том, что при наличии определенной длительности и силы ощущений изменяется и вся динамическая система взаимодействия субъекта с миром, его деятельность.

В случае переживания боли эти изменения деятельности можно обозначить как патологическую адаптацию, а иногда такие изменения могут привести к инвалидизации.

Если под влиянием внутренних ощущений меняется, реструктурируется деятельность субъекта, то соответственно подвергается изменению и все то, что детерминировано самой деятельностью, ее содержанием и ценностями, – самосознание, межличностные отношения, речь и т.д.

Учитывая возможное воздействие внутренних ощущений через детерминированность ими индивидуальной деятельности на различные социально-психологические структуры и механизмы, можно говорить о весьма значимой роли фактора индивидуальных внутренних ощущений в жизни общества вообще.

1.2.6. Означенение внутреннего восприятия и внутреннего опыта

1.2.6.1. Сознание и значения

В отечественной психологии понятие сознания определяется как «высшая форма психического отражения, присущая человеку как общественно-историческому существу», выступающая «как сложная система, способная к развитию и саморазвитию, несущая в своих структурах присвоенный субъектом общественный опыт, моделирующая мир и преобразующая его в деятельности» (Петренко, 1997, стр. 8). При этом представления о сознании как о сложной многомерной структуре, о его культурно-исторической детерминации отнюдь не лежат «на поверхности и являются достижением отечественной психологии» (там же), результатом многолетних научных исследований отечественных ученых, таких, как Л.С. Выготский, А.Н. Леонтьев, С.Л. Рубинштейн и др.

Взгляд на человеческое сознание как на сложную систему, обладающую структурами, схемами и механизмами обработки, переработки и организации сенсорной информации и сохраненного памятью опыта, поднимает вопрос о составляющих, об элементах этой системы, вопрос о том, что является молярной единицей сознания. Такой единицей принято считать значение. Эта идея впервые была высказана Л.С. Выготским (1934) и развивалась в работах А.Н. Леонтьева, определявшего значение как ставшее достоянием сознания и зафиксированное в форме понятия, знания или даже умения «обобщенное отражение действительности, выработанное человечеством» (Леонтьев, 1983, стр. 242). В трактовке А.Н. Леонтьева человеческое сознание выступает как индивидуальная система значений. Эта система значений в единстве с чувственной тканью и личностными смыслами образует индивидуальное сознание субъекта (Петренко, 1997).

Значение обычно определяется как «обобщенная форма отражения субъектом общественно-исторического опыта, приобретенного в процессе совместной деятельности и общения и существующего в виде понятий, опредмеченных в схемах действия, социальных ролях, нормах и ценностях» (Краткий психологический словарь, 1985, стр. 103).

Л.С. Выготский понимал под значением совокупность признаков, служащих для классификации и упорядочения объектов, явлений, ситуаций, то есть определенную систему атрибутирующих отношений (Выготский, 1982).

В лингвистике под значением в общем случае «понимают существующую в нашем сознании связь (отношение) знака с тем, знаком чего он является» (Степанов, 1975, стр.270). Для психолога отношение знака к обозначаемому – специальная проблема со множеством аспектов (Шмелев, 1983). А.А. Леонтьев предлагает различать: 1) «Объективное содержание знакового образа» – это реальные, исторически выработанные нормы общественной деятельности, 2) «Идеальное содержание знакового образа» – это отражение «объективного содержания» в общественном сознании, 3) «Субъективное содержание знака» – оно отражает «идеальное содержание» лишь в той мере, в какой субъект приближается в своей индивидуальной деятельности к «объективному содержанию» – к усвоению норм общественной деятельности. Значение является предметом лингвистической семантики именно в аспекте «идеального содержания», т.е. как единица общественного сознания (Леонтьев, 1971, 1976). Однако именно в той мере, в какой индивидуальная деятельность воспроизводит только часть совокупности общественной деятельности, индивидуальное сознание отражает только часть общественного опыта. Таким образом, особый статус приобретает аспект «субъективного содержания знака» (Шмелев, 1983). Исходя из этого, предмет психосемантики определяют как «избирательное усвоение и трансформации значения в индивидуальном сознании в процессе индивидуальной деятельности» (там же, стр. 6). Общее функциональное свойство всех единиц познавательной интеграции стимулов так или иначе сводится к обобщению. Это свойство зафиксировано в понятии «категория». Словесные стимулы группируются в памяти в соответствии со сходством значений, но не сходством звучаний (там же). Термин «когнитивные признаки» обозначает то, что дифференцирует альтернативные категории. Система категорий может быть структурирована в опыте субъекта как система дифференциальных признаков (Шмелев, 1983; Шмелев и др., 1988). Отмечают также пластичность категориальных систем и категориальных пространств (Артемьева, 1980; Шмелев, 1983).

Значения являются содержанием, наполнением знаков и символов, связующим между знаком (означающим) и его предметной отнесенностью (означаемым), которое может быть объектом внешнего мира, объектом внутреннего мира – совокупностью внутренних ощущений, абстрактной конструкцией. При этом под знаком мы понимаем предмет (явление), служащий представителем другого предмета, явления, процесса (Краткий психологический словарь, 1985); под символом – условный знак, образ, «являющийся представителем других (как правило весьма многообразных) образов, содержаний, отношений» (там же, стр. 320). Понятие символа родственно понятию знака, однако обычно более многозначно и связано с дополнительными, часто абстрактными, «переносными» значениями.

Вербальные знаки – артикулемы, специфические звуковые ряды, наборы графем и т.д. – связанные с определенными значениями – слова – являются образующими языка.

Очевидно, что семантические структуры естественного языка (вербальные значения) являются носителями совокупного общественного опыта (Краткий психологический словарь, 1985).

Современная трактовка значения базируется на представлении о нем как сложной многокомпонентной системе, состоящей из более мелких, чем значение, единиц – семантических признаков, семантических множителей, «атомов смысла», сем и т.д. (Петренко, 1982, 1983, 1988, 1997; Психология. Словарь, 1990). Выделить эти образующие значения – задача методов семантического анализа значения, методов экспериментальной семантики (Петренко, 1988).

Имея в качестве базового, молярного элемента наполняющее содержанием знак (символ) и неразрывно связанное с ним значение, человеческое сознание может быть определено как имеющее знаково-символическую природу. При этом присущая человеку как общественно-историческому существу форма психического отражения через индивидуальную систему значений имеет знаково-символическое опосредствование.

Знак – средство передачи общественного опыта – знаки «хранят» и «передают» значения необходимых человеку знаний.

Значение – обобщенная форма отражения. Акт означения имеет обобщающую функцию.

Значение знаков может задаваться через остенциональное определение — т.е. через указание на объекты, а может быть раскрыто через систему отношений с другими значениями — в этом случае возможно операциональное определение значения, когда определяемое значение является результатом совершения ряда предписанных действий (определяющих значений); и функциональное определение значения — когда определяемое значение раскрывается через использование, применение определяющих значений в деятельности (Петренко, 1997).

Говоря о значениях, нельзя не отметить проблему многозначности. Существует герменевтический взгляд на однозначность/многозначность. По мнению Г. Шпета: «Слово кажется многозначным только до тех пор, пока оно не употреблено для передачи значения или пока мы, встретившись с ним, еще не знаем, для передачи какого значения оно здесь служит. Можно думать, однако, что иногда в намерения входит воспользоваться одним и тем же словом для достижения двух и более сигнификационных целей. Но, очевидно, раскрытие этих целей есть анализ не значения, а намерений автора, которые могут иметь свою риторическую форму (аллегии, олицетворения, притчи и пр.). Истолкование значений слов как задачи интерпретации, таким образом, должно иметь в виду не только значение как таковое, но должно принимать во внимание и многообразие форм пользования словом, как и психологию пользующегося им» (Шпет, 1990, стр. 226, цит. по: Почепцов, 1998, стр. 17).

Человеческое сознание как знаково-символическая система обладает свойствами сложности, многоуровневости, иерархизированности, структурированности. Эти свойства могут быть обобщены понятием категориальности сознания. Категории структурируют индивидуальную систему значений и задают основы для когнитивных механизмов обобщения. При этом категориальность и многоуровневость сознания в равной степени относятся и к отражению внешнего мира, и к субъективному опыту. На это указывали многие исследователи, в частности Е.Ю. Артемьева, по мнению которой «субъективный опыт, подобно образу мира, не может не иметь поуровневой организации» (Артемьева, 1999, стр. 18). То же можно сказать и в отношении отражения внутрителесных процессов, происходящего через интрацептивное восприятие. Психические процессы, механизмы «отнесения еди-

ничного объекта, события, переживания к некоторому классу, в качестве которого могут выступать вербальные и невербальные значения, символы, сенсорные и перцептивные стереотипы, стереотипы поведения и т.п.», называют категоризацией (Краткий психологический словарь, 1985, стр. 138). В индивидуальном опыте категоризация выступает формой его упорядочения через присвоение и трансформирование субъектом категорий и эталонов общественного сознания, а ее дифференциально-психологические аспекты характеризуют специфику отражения мира субъектом (Краткий психологический словарь, 1985).

В настоящее время в современной психологии сформировалось отдельное направление, занимающееся изучением проблем значений и их индивидуальных систем. Это психосемантика.

1.2.6.2. Психосемантика

Психосемантика (от греч. *semantikos* – обозначающий) – область психологии, изучающая генезис, строение и функционирование индивидуальной системы значений, опосредствующей процессы восприятия, мышления, памяти, принятия решений и т.д. Психосемантика исследует различные формы существования значений в индивидуальном сознании (образы, символы, символические действия, а также знаковые, вербальные формы), анализирует влияние мотивационных факторов и эмоциональных состояний субъекта на формирующуюся у него систему значений (Краткий психологический словарь, 1985; Психология. Словарь, 1990). В задачу психосемантики входит реконструкция индивидуальной системы значений и личностных смыслов, через призму которой происходит восприятие субъектом мира, других, самого себя (Петренко, 1988). Психосемантика «объединяет психологические исследования значения, понимаемого в психологии как важнейшая единица психологического отражения у человека» (Шмелев, 1983, стр. 5).

В числе задач экспериментальной психосемантики можно назвать квалификацию различий в индивидуальных системах значений раз-

личных групп популяции; выявление определенных семантических механизмов, характерных для той или иной группы.

1.2.6.3. Индивидуальные системы значений

Взгляд на человеческое сознание как на сложную систему, обладающую структурами, схемами и механизмами обработки, переработки и организации сенсорной информации и сохраненного памятью опыта, поднимает вопрос о составляющих, об элементах этой системы, вопрос о том, что является молярной единицей сознания. Такой единицей считают значение (Выготский, 1934). А.Н. Леонтьев определяет значение как ставшее достоянием сознания и зафиксированное в форме понятия, знания или умения выработанное человечеством обобщенное отражение действительности (Леонтьев, 1983). Значения не существуют в сознании обособленно, а связаны между собой сложными системными отношениями – «значения существуют только в системе значений и раскрываются только через эту систему» (Петренко, 1997, стр. 72). Человеческое сознание выступает как единство индивидуальной системы значений, чувственной ткани и личностных смыслов (Леонтьев, 1975). Формирование индивидуальной системы значений происходит в ходе предметной деятельности (Петренко, 1997). Субъект присваивает общественно выработанные значения, но усвоение их им – то есть построение индивидуальной системы значений – хотя и опирается на систему значений общественного сознания, носит до определенной степени индивидуальный характер. Поэтому можно предполагать наличие характерных для больных тем или иным заболеванием особенностей индивидуальной системы значений.

Человеческое сознание как знаково-символическая система обладает свойствами сложности, многоуровневости, нерархизированности, структурированности. Эти свойства могут быть обобщены понятием категориальности сознания. Категории структурируют индивидуальную систему значений и задают основы для когнитивных механизмов обобщения. При этом свойства категориальности и многоуровневости в равной степени относятся и к отражению внешнего мира, и к субъективному опыту (Артемьева, 1999).

Диагностически значимая структурно-количественная информация об организации индивидуальных систем значений может быть получена психосемантическими методами (Шмелев, 1983). Существует достаточно большое число различных психосемантических методик, хорошо зарекомендовавших себя в эмпирических исследованиях (Петренко, 1997), в том числе и в клинико-психологических (Тхостов, 2002). Психосемантические методы позволяют получать значимые результаты в условиях высокой неопределенности, небольших выборках и низком уровне рефлексии испытуемых.

Понятие «индивидуальной системы значений» в отечественной психологии является базовой образующей сознания. Изучение значений проходит красной нитью в истории современной российской-советской психологии. Разработкой проблемы значения занимались многие выдающиеся психологи современности – Л.С. Выготский, А.Н. Леонтьев, А.Р. Лурия, П.Я. Гальперин, В.В. Давыдов, Е.Ю. Артемьева. Сегодня эта тема находит свое отражение в работах А.А. Леонтьева, В.Ф. Петренко, А.Ш. Тхостова, А.Г. Шмелева и многих других. Исследования индивидуальных систем значений составляют основную задачу психосемантики и представляются крайне перспективными практически для всех областей современной психологии. Клиническая психология в этом отношении не составляет исключения – изучение различных аспектов индивидуальных систем значений открывает широкий диапазон возможностей в этой области.

Несмотря на то, что индивидуальная система значений является чрезвычайно сложным и комплексным предметом исследования, современная психосемантика дает методологическую возможность выделить необходимые для анализа ее параметры и получить характеристики интересующих исследователя феноменов. Хотя, определенно, существует ряд необходимых конвенций, опосредствующих данное направление психологических исследований.

Актуальность психосемантических исследований в современной клинической психологии определяется не только существующим методологическим дефицитом и ограниченностью возможностей применения наиболее распространенных на сегодня исследовательских подходов, но и необходимостью появления и развития более объективных психодиагностических методов, а именно психосемантиче-

ский подход такую
методология (не пр
или этнологических
ределенно малопро
фактов самоотчета
довании больных по
риментатора – с дру
клинико-психологи
ря на большое числ
представляются с т
и развития патолог
ответственно требу
таких объектов явля
следует отметить чр
особенностей таких
хоактивными веще
ния социальной про
ствиями для нашег
Нарушения суб
болеваниях, но стр
ний – разные. Псих
классифицировать
закономерности.

1.2.6.4. Зн внутрен

Внутреннее во
видуальному созна
чески опосредство
О необходимос
щей психической ф
но выработанных
подробно говорил
тики очевидно и,

ский подход такую возможность предоставляет, так как именно эта методология (не принимая в расчет, конечно, психофизиологических или этологических методов, которые при исследовании сознания определенно малопродуктивны) является наименее зависимой от артефактов самоотчета, с одной стороны (что особенно важно при исследовании больных психическими заболеваниями), и от влияния экспериментатора — с другой. Также следует отметить существование ряда клинико-психологических объектов исследования, которые, несмотря на большое число проведенных на них исследовательских работ, представляются с точки зрения психологических аспектов этиологии и развития патологии все еще непонятными и малоизученными и соответственно требуют новых методологических парадигм. Одним из таких объектов являются больные с зависимостями от ПАВ. При этом следует отметить чрезвычайную важность изучения психологических особенностей таких больных в свете того, что злоупотребление психоактивными веществами стало требующей первоочередного решения социальной проблемой и угрожает самыми негативными последствиями для нашего общества.

Нарушения субъективной семантики происходят при многих заболеваниях, но структура, механизмы и происхождение этих нарушений — разные. Психосемантическая методология позволяет выявить и классифицировать такие нарушения, исследовать их особенности и закономерности.

1.2.6.4. Знаково-символическое опосредствование внутреннего восприятия и внутреннего опыта

Внутреннее восприятие и внутренний опыт представлены индивидуальному сознанию в семантической системе — знаково-символически опосредствованы.

О необходимости понимания интрацепции как своеобразной высшей психической функции, как опосредствованной системой культурно выработанных знаковых средств перцептивной деятельности уже подробно говорилось выше. Существование интрацептивной семантики очевидно и, «входя в контекст человеческого существования,

субъективная семантика телесности испытывает на себе влияние ценностных ориентаций, установок, социокультурных стереотипов, типичности и пр. Болезненное ощущение, преломляясь в структуре потребностей и мотивов человека, приобретает личностный смысл, отражающий жизненное значение болезни для заболевшего» (Тхостов, 1991а, стр. 7-8).

Можно сказать, что у значений есть качества — тоже значения. Каждое значение так или иначе ассоциировано со значениями качеств означаемого объекта, действия или явления. Так как сознание человека знаково-символическое, то, встречая объект мира, человек его означает — но так как объект обладает качествами, то человек означает и их. Внутреннее восприятие тоже обладает качествами. Значит, можно сказать, что и у интрацептивных значений есть качества.

Специфика знаково-символического опосредствования и индивидуальных систем значений внутреннего восприятия является перспективным предметом научных исследований, в том числе и в области клинической психологии.

1.2.7. Исследования внутренних ощущений у потребителей ПАВ в медицине

В.В. Дунаевский и В.Д. Стяжкин называют одним из побудительных мотивов к употреблению наркотиков «желание повторно получить субъективно приятно переживаемое чувство, которое вызывает введение наркотического вещества» (Дунаевский, Стяжкин, 1990, стр. 105). Психическую зависимость эти авторы связывают с ощущениями самочувствия — «под психической... зависимостью понимается имеющееся у субъекта стремление вновь пережить приятное самочувствие, которое ранее уже вызывалось у него действием данного наркотика» (там же, стр. 106). Психическую зависимость вызывает повторный, а в некоторых случаях даже однократный прием наркотика. Также отмечается, что «уже на... начальной стадии заболевания отказ от приема наркотиков или невозможность его повторного введения по другим причинам сопровождается изменением настроения, развитием депрессивных, дисфорических состояний, желание ввести

повторную дозу наркотика начинает приобретать навязчивый характер» (там же, стр. 106-107). «Психический комфорт в интоксикации» считается признаком психической зависимости (Пятницкая, 1975, стр. 11), одним из признаков физической зависимости называется «физический комфорт в интоксикации» (там же). Под физической (химической) зависимостью понимается адаптивное состояние, которое проявляется интенсивными физическими расстройствами при прекращении приема ПАВ. «Эти расстройства возникают в связи с тем, что наркотик тесно “вплетается” в обмен веществ и нормальное функционирование органов и систем без введения наркотика становится невозможным» (Дунаевский, Стяжкин, 1990, стр. 107). Прекращение приема ПАВ при наличии физической зависимости вызывает абстинентный синдром, или синдром отмены. Сроки формирования, клиническая картина и течение абстиненции зависят от вида наркотика, частоты его употребления, особенностей вегетативной нервной системы. При опийной наркомании «физическая зависимость и абстинентный синдром могут сформироваться уже после нескольких инъекций» (там же, стр. 108). Наркоманы называют состояние абстиненции «ломкой» «из-за тягостных физических ощущений в виде боли в мышцах, судорожных подергиваний и сокращений отдельных групп мышц» (там же) и других болезненных проявлений. Подчеркивается, что в период абстиненции больным испытываются «тягостные, мучительные ощущения» (там же), а «на высоте абстиненции могут быть взрывы гнева, истерические реакции, агрессия», попытки самоубийства (Виленский, 2000, стр. 196). Основные абстинентные ощущения при различных формах наркотизма различаются. При барбитуровой абстиненции это – мышечная слабость и боли в крупных суставах и животе, головные боли (Пятницкая, 1975; Цетлин и др., 1999); при гашишной – сенестопатические ощущения (тяжесть и сдавливание в груди, чувство «сжатия» в голове, особенно в темени и висках, ощущение жжения, неприятного покалывания, дерганья, ползанья на коже и под кожей, неопределенные неприятные беспокоящие ощущения во внутренних органах, костях), головная боль (Пятницкая, 1975), иногда – мышечные боли (Цетлин и др., 1999); при опийной абстиненции – боли в крупных мышцах – ног, рук, спины («мышцы спины, конечностей, реже – шеи, “сводит”, “тянет”, “крутит”» – стр. 69), а также межчелюстных суста-

вах и жевательных мышцах, на начальных фазах абстиненции – чувства озноба или жара, «ощущение неудобства» в мышцах спины, ног, шеи и рук (там же); некоторые авторы говорят также о болях в желудке и кишечнике на пике опийной абстиненции (Морозов, Боголепов, 1984), иногда отмечается зубная боль (Цетлин и др., 1999); при героиновой – «леденящий» озноб, ощущения похолодания конечностей, боли в локтевых и коленных суставах, тянущие боли в мышцах спины, ощущения дискомфорта в области поясницы (Найденова и др., 1994); при синдроме отмены психостимуляторов – ощущения слабости, вялости, разбитости, головные боли, боли в теле и суставах (Цетлин и др., 1999); при синдроме отмены препаратов с холинолитическим действием (циклодол, димедрол и др.) – чувство внутреннего дискомфорта, ощущения разбитости, вялости, боли в мышцах спины (Цетлин и др., 1999). При ингаляционной токсикомании абстиненция проявляется ощущениями разбитости, вялости, головными болями, неприятными ощущениями в области сердца, приступами дисфории. Эти симптомы наблюдаются на 2–3 день после прекращения ингаляций (Лукачер, Марсакова, 1991). Другие исследователи отмечают как абстинентное проявление при этой форме токсикомании также жалобы на «чувство тяжести» (Ибатов, Бажин, 1990). При алкогольном абстинентном синдроме Д.Ф. Хритинин отмечает «болевы́е ощущения в подложечной области» (Жариков и др., 1989, стр. 341), а Г.М. Энтин – головную боль и чувство слабости (Энтин, 1990). При эфедроновой наркомании при выходе из эфедренового опьянения наблюдается своеобразное дисфорическое состояние, которое на языке наркоманов называется «отход». Это состояние продолжается от нескольких часов до 1–2 суток. Для него характерны понижение настроения, безотчетная тревога, ощущение внутреннего напряжения, раздражительность, вспыльчивость. «Отход» снимается приемом небольших доз эфедрона. Постепенно выраженность описанного абстинентного состояния снижается и на первый план выходят апатия и вялость. При этом снижение настроения продолжает отмечаться еще долго (Цымбал, Дудин, 1990). При наркомании, вызванной кустарно приготовленным «первитином», которую рассматривают как самостоятельную форму наркотической зависимости и дифференцируют от эфедроновой наркомании, состояние абстиненции характеризуется ощущениями об-

щей слабости, разбитости на фоне подавленного настроения, тоски, суицидальных мыслей, чувства «пустоты». Отмечаются головные боли, неприятные покалывания в поясничном отделе позвоночника, онемения, парестезии, ноющие боли в конечностях, ощущения «покручивания» в крупных суставах, некоторых больных беспокоят боли в области сердца и почек (Врублевский и др., 1990а).

При опийной наркомании чувства дискомфорта, внутренней напряженности, выраженная тревога развиваются примерно через 7–8 часов после последней инъекции наркотика (Врублевский и др., 1990). Влечение к наркотику при опийном абстинентном синдроме «крайне выражено и с первых дней носит компульсивный характер» (там же, стр. 24).

На начальной фазе абстинентного синдрома больные опийной наркоманией отмечают появление чувства изможденности, «мышечного изнурения, общей слабости, тоски, страха перед ломкой. Возникает мышечный дискомфорт — сначала малозаметный, в виде неясного, смутного чувства “напряжения”, точечных “уколов” в мышцы. Довольно часто отмечается особое чувство внутреннего распираания, исходящее “из самой толщи мышц, от костей”. Больным кажется, что изменилась даже «консистенция» мышц: “Они стали деревянными, чужими, их присутствие в теле становится неприятным; такое чувство, как будто отсидел ногу, только в тысячу раз мучительнее”. Также крайне неприятным для больных является следующий феномен: “мурашки”, проходящие по всему телу волнами, иногда причудливыми группами (ощущалось два-три медленно перемещающихся покалывающих “островка”), сверху вниз — от кожи головы до ног, постепенно “растворяясь” в области икроножных мышц. Больные жалуются на чувство своеобразного озноба, исходящего изнутри: “Кажется, что холод исходит из глубины тела и затем разливается по его поверхности”. Озноб сменялся также исходящим изнутри жаром, сопровождаясь обильным потоотделением (ряд пациентов рассматривают это явление как одно из самых неприятных в начале абстиненции)» (Надеждин, 1994, стр. 27-28). «Голова кажется “пустой”..., возникает головная боль, которая характеризуется чувством “стягивания”, “распираания”, тяжести в области лба» (там же, стр. 28). «Через 15–24 часа после последней инъекции наркотика тягостные телесные ощущения становятся на-

столько интенсивными, что все попытки “отвлечься, думать о другом” не удаются. Больной оказывается полностью захваченным симптоматикой разворачивающейся абстиненции. Мышечный дискомфорт переживается как все более непереносимый. “Мышцы гудят, кажется, что вибрируют отдельные мышечные волокна, причем с разной частотой. Они то напрягаются, то расслабляются, то вдруг непонятным образом начинают скручиваться в “жгут”, как электрический провод. Вдруг возникает резкое болевое ощущение. Исходящее изнутри, – как будто молния пронзает ногу”. Вышеописанные феномены локализуются преимущественно в мышцах голени, бедер и спины. (Некоторые больные утверждали, что “ломает все тело”; наблюдались редкие случаи, когда у них “крутило” не ноги, а руки.) Четко отграничить область проявления этих ощущений пациенты не могут, указывая лишь места их максимальной интенсивности. Постоянно происходит перемещение “центров” боли: “То там заломает, то тут закрутит, привыкнуть к этому нельзя”. Боль при абстиненции называют “подлой”, “неясной”, “смутной”, “непонятной”. Ее трудно выразить словами, многие больные говорят, что она “исходит из головы”, что “болит и крутит не в теле, а в душе”. Костно-суставная система также оказывается вовлеченной в структуру абстинентного синдрома. ...Феноменология этой составляющей абстинентного синдрома представлена весьма своеобразными ощущениями: “Кости скручивает, чувствуется своеобразное их зудение; хочется разорвать ткани и почесать кости” – или: “Ощущается искрение в костях, т.е. кажется, что на поверхности и внутри костной ткани просходят маленькие взрывы”. Суставы “распирает”, возникает чувство мучительной болезненности. Иногда пациенты говорят о “верчении” в суставе: кажется, что поверхности сустава трутся друг о друга, особым образом вращаются одна относительно другой. Под кожей в периартральной области ощущается “мучительный и напряженный зуд”: “Это такой зуд, когда чесаться не хочется, а нужно непрерывно двигать ногами, чтобы хоть на секунду он прекратился”. ...Больные сообщают о чувстве крайней усталости, изможденности: “Кажется, всю энергию высосали. Тело какое-то ватное, безжизненное”. ...Настроение характеризуется прерываниями безнадежности, бесперспективности, отчаяния. ...Максимальная выраженность соматических проявлений наступает, как правило, через

2-3 дня после начала
абстиненции в течение
первых нескольких
дней длительного
периода дальнейшая ре-
симптоматика
и значительно до-
проявляющиеся в мен-
острого периода абстин-
симптомов, нижних конеч-
тов отрицают наличие
мочувствия между инт-
абстиненции знаменует
симптоматики, на фоне ко-
нотелесный дискомфорт
комплекс ощущений, о-
своеобразная давящая
ство напряжения и по-
1978).

Отмечают, что «ла-
симптоматики ассоциирует
катастрофой, витальной
яния, бурными рыдан-
1994, стр. 42), что бол-
В наркологии опи-
зываемый «псевдоабс-
др. 1990) – через 2-3
явлений вновь самоп-
ка: ознобы, боли в м-
боли в суставах. Обо-
травматическая сим-
Эти расстройства, по-
изрублевский и др.,
В течении опи-
фазы (Пятницкая, 19

24—48 часов с момента последней инъекции наркотика. ...Постепенно ощущения в мышцах и костях становятся все менее мучительными, часть из них переходит в неболевой регистр...» (там же, стр. 28-29). В случаях длительного воздержания от употребления наркотика происходит дальнейшая редукция болезненных ощущений. Вместе с тем больные сообщают, что еще в течение двух-трех месяцев, а иногда и значительно дольше они ощущают телесный дискомфорт и проявляющиеся в меньшей степени, но «схожие с типичными для острого периода абстиненции патологические феномены в мышцах спины, нижних конечностей» (там же, стр. 29). Большинство пациентов отрицают наличие продолжительного периода нормального самочувствия между интоксикацией и абстиненцией (там же). «Начало абстиненции знаменует собой появление витально-астенической симптоматики, на фоне которой вначале возникает малозаметный, смутный телесный дискомфорт» (там же, стр. 29-30). Затем фиксируется комплекс ощущений, обозначенный как «неврологические сенсации»: своеобразная давящая головная боль, озноб, мурашки, а также чувство напряжения и покалывания в голених при движении (Ануфриев, 1978).

Отмечают, что «лавинообразное нарастание абстинентной симптоматики ассоциируется у больных с надвигающейся неминуемой катастрофой, витальной угрозой, что сопровождается приступами отчаяния, бурными рыданиями, призывами о помощи» (Найденова и др., 1994, стр. 42), что больные «боятся абстиненции» (там же).

В наркологии опийной наркомании известен также феномен, называемый «псевдоабстиненцией» (Пятницкая, 1975; Врублевский и др., 1990) — через 2—3 недели после редуцирования абстинентных проявлений вновь самопроизвольно возвращается прежняя симптоматика: ознобы, боли в мышцах конечностей и спины, выкручивающие боли в суставах. Обостряется влечение к наркотику, отмечается астенодепрессивная симптоматика — жалобы на слабость, вялость, раздражительность, пониженное настроение.

Эти расстройства наблюдаются до 1—1,5 месяцев, иногда больше (Врублевский и др., 1990).

В течении опийной интоксикации выделяют 3 последовательные фазы (Пятницкая, 1975), соответствующие эйфории, спаду эйфории и

началу абстиненции. Больные также разделяют интоксикацию на 3 части: «приход», «таску» и «кумар» (Михайлов, 1992).

Сверхположительные ощущения состояний наркотического опьянения – эйфории, «кайфа», «прихода» («приход – начальная сильная фаза действия наркотика» (Ширянов, 2001, стр. 213)), «таски» («таска – состояние эйфории после приема наркотика» (там же, стр. 216)) – наряду с абстинентными ощущениями описываются в наркологических работах. По мнению И.Н. Пятницкой, «эйфория – первое звено в цепи, представляющей наркоманию», «начало наркомании лежит в субъективном эффекте удовольствия, наслаждения, благоприятного сдвига в физическом или психическом самочувствии» (Пятницкая, 1975, стр. 15). Эйфория «складывается из ряда ощущений: тут не только подъем эмоционального фона, но и некие психические и соматические чувствования, за счет которых часто и достигается положительный эмоциональный сдвиг. “Эйфория – сложный феномен”» (там же, стр. 20). Каждому наркотику свойственна особая структура эйфории, например, «эйфория морфийная или опиная складывается из ощущения соматического наслаждения и эмоционального фона покоя, блаженства» (там же, стр. 16). «Эйфория – динамическое состояние, она имеет свои внутренние и внешние законы движения» (там же, стр. 17) и «складывается из последовательных фаз» (Пятницкая, 1994, стр. 65). «Характер эйфории зависит от давности употребления наркотика – от динамики болезни. Известно, что старые наркоманы не получают той эйфории, которую они знали в начале наркотизации» (Пятницкая, 1975, стр. 17). Некоторые наркологи выделяют «позитивную» и «негативную» эйфории (Kolb, 1962). «Позитивная» – «обычная» эйфория, «негативная» же определяется в тех случаях, когда «наркотик снимает субъективно тягостное ощущение (алгический синдром у не-наркоманов) или выравнивает дискомфортное состояние (купирование абстинентного синдрома у наркомана); при этом особых, приятных ощущений не возникает» (Пятницкая, 1975, стр. 18). «Эйфорию опииную, гашишную (в умеренной степени) можно прервать волевым актом, эйфория под действием алкоголя и снотворных волевому усилию подвластна в ограниченной степени. Управление эйфорией, вероятно, зависит от степени помрачения сознания; в гашишном опьянении можно определить момент, после которого волевое управле-

ние утрачивается» (там же). «Помимо общих особенностей эйфории, в каждом отдельном случае можно усмотреть влияние на нее качеств наркотизирующегося индивидуума» (там же, стр. 19). Например, «известно, что у некоторых опиоманов первое употребление наркотика вызывало соматовегетативную реакцию неприятия и психический дискомфорт» (там же). Отмечается роль субъективного фактора в переживании эйфории. «Установка на ожидаемый эффект (страх перед последствиями или, напротив, чрезмерные ожидания)» меняет эйфорию (там же). Например, «если человек выкурит сигарету с гашишем, не зная, что в ней содержался гашиш, он может не почувствовать того, что обычно называется эйфорией» (там же, стр. 111). Отмечаются также различия гашишной эйфории у представителей разных культур (там же). Из этого делается вывод о том, что характер эйфории детерминирован культурно-социальными факторами (там же).

А.Е. Личко определяет эйфорию при опийной интоксикации как «повышенное настроение с чувством необыкновенного душевного и телесного комфорта» (Коркина и др., 1995, стр. 228).

При приеме опиатов «в области поясницы или живота возникает чувство тепла и приятного раздражения, поднимающееся волной вверх, сопровождаемое кожными ощущениями легкого “воздушного поглаживания”. “Появляется сухость во рту, у большинства возникает зуд кончика носа, подбородка, лба. В груди “распирает от радости”, голова становится “легкой”. “Мыслей нет, есть только ощущения”. “Сознание в этой фазе сужено, наркотизировавшийся “отключен”, сосредоточен на телесных ощущениях» (Пятницкая, 1975, стр. 60). Это первая фаза действия опиатов — называемая больными «приход» или «подъем» (там же). Вторая фаза («волокуша», «таска») — характеризуется переживанием «благодушной истомы», «ленивого довольства», «тихого покоя», отмечается чувство «тяжести и тепла» в руках и ногах (там же, стр. 61).

При гашишном опьянении отмечают дрожь в руках, парестезии, чувство тепла, тяжести в конечностях (там же).

При алкогольном опьянении эйфория проявляется «ощущением психического и физического комфорта» (Алкоголизм, 1983, стр. 32).

Эйфория при употреблении «первитина» характеризуется резким повышением настроения, чувством расслабленности, необычными

ощущениями «полета», «невесомости», «растворения вовне», «отрыва от реальности» (Врублевский и др., 1990а, стр. 21).

Состояние эйфории является одним из основных проявлений острой интоксикации ПАВ. При этом эйфория рассматривается как «своеобразное расстройство общего чувства» (Михайлов, 1992, стр. 22).

По мнению М.А. Михайлова, стремление к употреблению наркотика связано главным образом с его способностью вызывать эйфорию. Специфическое ощущение наркотической эйфории – первое и основное звено формирующейся наркомании, обуславливающее возникновение психической зависимости. «Эйфория в понимании многих исследователей как бы автоматически отождествляется со всем комплексом соматопсихических ощущений, имеющих место в интоксикации» (Михайлов, 1992, стр. 21).

Инъекция опиатов вызывает быстро, но достаточно плавно нарастающее ощущение «раздувания всего тела изнутри». Особенно интенсивно это ощущение в голове. В области неба, языка, пяток, кончиков пальцев возникает приятное покалывание – «словно тысяча маленьких иголочек впиваются в тело». Это покалывание ощущается обычно 20–30 секунд. «Наркоман сконцентрирован на физических ощущениях, наиболее ярким из которых является “чувство раздувания головы”» (там же, стр. 22). Возникает «чувство прохождения теплой волны по телу сверху вниз, мягкого удара в голову», «ощущения блаженства и восторженной радости» (Найденова и др., 1994, стр. 41). Интенсивность физических ощущений неуклонно растет, достигая 10-кратного увеличения к пику «прихода». «Это безусловно приятные ощущения». Помимо внутренних ощущений отмечают и специфические не связанные с каким-либо внешним раздражителем тактильные ощущения (Михайлов, 1992, стр. 22). Объективно длительность этапа «прихода» составляет 10–12 секунд. Субъективно же «на игле» время практически исчезает, вернее, воздействие наркотика столь велико, что наркоману не приходит в голову обращать внимание на ощущение времени. «На пике “прихода”... временные характеристики практически отсутствуют. Ощущение “сейчас” практически бесконечно, время остановилось, никаких ритмических пульсаций нет. Это напоминает “вспышку света в темноте, размазанную до бесконечности”». Таким образом, на данном этапе имеет место эйфорический эф-

фект, сопровождаемый различными расстройствами восприятия. Разнообразные и обильные соматопсихические переживания (которые будут встречаться на всем протяжении опийной интоксикации) сопровождаются телесными и тактильными сенсациями, «что может говорить о расстройстве общего чувства». Психическое состояние на этом этапе обозначают как аутопсихическую и соматопсихическую деперсонализацию на фоне эйфорического аффекта (там же).

Затем «приход» начинает ослабевать. Все ощущения «как бы стабилизируются». «Происходит постоянная констатация мышечной расслабленности, легкости во всем теле, сопряженной с мышечной радостью, общим чувством соматического благополучия». Длительность этого состояния составляет от 30 секунд до 3–4 минут. При этом субъективно существует некоторый разлад между пульсацией внутреннего и внешнего ритмов, «присутствует внешний ритм и раздражает его замедленность». Внутренний ритм ощущается больными «физически», равномерен и субъективно «удобен» им. «Соматопсихические переживания несколько ослабевают, структура аффекта меняется, приобретая некоторые качества мании» (там же, стр. 22-23). Совершенно неожиданно больным осознается, что «приход» кончился (там же). «Фаза собственно эйфории», опьянения через 5–8 минут сменяется состоянием умиротворения, успокоения, расслабленности, легкой сонливости с полудремой (Найденова и др., 1994, стр. 41). Затем еще примерно 4 часа отмечается чувство «энергетического заряда» в теле. Потом появляются признаки физической усталости, болезненность в мышцах, иногда головная боль. Больные осознают, что «таска» кончилась и впереди у них абстиненция. «Переходное» состояние длится 40–60 минут (Михайлов, 1992, стр. 22-23). «Одновременно с пониманием того, что “таска” окончилась, появляется ощущение времени, что всегда сопряжено с соматическим ощущением дискомфорта. Возникает потребность в наркотике, это происходит в виде импульса — “надо еще”» (там же, стр. 25). Отмечается тоскливо-апатическое или тревожно-тоскливое состояние больного. Спустя примерно 5–6 часов развиваются все признаки абстиненции (там же). «Внутренние ощущения становятся все более мучительными» (там же, стр. 26). Появляются боли в мышцах, которые отличаются крайней интенсивностью и часто сочетаются с «выкручивающими» болями в крупных сус-

тавах. В некоторых случаях боль в суставах в клинической картине абстиненции становится преобладающей (Врублевский и др., 1990). Возникают и усиливаются разнообразные соматовегетативные проявления, отмечается выраженная гиперчувствительность к тактильным и болевым ощущениям (Михайлов, 1992).

Отмечают, что в начальной стадии злоупотребления некоторыми ИАВ больной в ряде случаев имеет неприятные внутренние ощущения или реакции в интоксикации, которые исчезают в процессе наркотизации. Такие феномены называют «исчезновением защитных реакций» (Пятницкая, 1975, стр. 26). Это, например, исчезновение защитной рвотной реакции (рвотного рефлекса) в клинике алкоголизма (Портнов, 1959). При опиизме подобное происходит с таким ощущением, как «зуд при приеме наркотика» (Пятницкая, 1975, стр. 26). По мнению И.Н. Пятницкой, «биологический смысл такого рода... сигналов, как боль и зуд, — оповещать о неблагополучии. Если чрезмерное количество выпитого алкоголя извергается наружу, то при становлении опиизма чрезмерное количество наркотика включает присущий ему механизм другого характера — сигнал тревоги», а «исчезновение зуда при продолжающемся приеме... препаратов — показатель приспособления организма к уровню постоянной интоксикации, показатель изменившейся реактивности» (там же).

От эйфории дифференцируют «состояние психического комфорта в интоксикации»: «состояние психического комфорта в интоксикации — не синоним эйфории, а понятие более широкое. При этом нами имеется в виду не столько прерживания удовольствия, сколько уход от неудовольствия». «Симптом способности к психическому комфорту в интоксикации генетически связан с обсессивным влечением. Неудовлетворение влечения ведет к состоянию неудовольствия. Со временем перерывы в приеме наркотика оказываются периодами психического (вначале) дискомфорта. Постепенно наркотизирующийся начинает осознавать, что только под действием наркотика его психическое самочувствие удовлетворительно. Эта психическая комфортность в интоксикации своей исключительностью и отличается от того психического комфорта в опьянении, который видим у здорового. Здоровый человек способен получать удовольствие и испытывать психический комфорт в ряде ситуаций. Наркоман — только при условии при-

ема наркотика...
способность дости...
но в интоксика...
«психического...
«как выражени...
новится необхо...
ствования и фу...
комфорта трезв...
телесными ощу...
больных алкого...
ощущения со с...
Ощущения
ваются с сущес...
темы, «которая...
но подкрепляю...
При этом «есте...
вода, воспитани...
удовольствия, и...
активации гева...
множественно по...
новение зависи...
структурами мо...
1999, стр. 52),
усилением дофа...
Churchill, Kaliv...
ощущения объ...
ми взаимоотно...

1.2.8. Феном... значений

В клиниче...
той или иной...
ми особеннос...

ема наркотика» (там же, стр. 31-32). Отмечается, что, в принципе, «способность достижения состояния психического комфорта исключительно в интоксикации» можно рассматривать как обратную сторону «психического дискомфорта воздержания» («дискомфорта трезвости»), «как выражения влечения» (там же). Таким образом, «наркотик становится необходимым условием благополучного психического существования и функционирования» (там же, стр. 33). Переживание дискомфорта трезвости сопровождается теми или иными негативными телесными ощущениями, так, например, Э.М. Османов отмечает у больных алкоголизмом с аффективными расстройствами «неприятные ощущения со стороны внутренних органов» (Османов, 2000).

Ощущения удовольствия в ряде медицинских публикаций связываются с существованием внутри лимбической системы мозга системы, «которая активируется при получении человеком положительно подкрепляющих стимулов» (Бутров, Цимбалов, 1999, стр. 52). При этом «естественными стимуляторами» называются «пища, секс, вода, воспитание и др.» (там же). Данная система названа системой удовольствия, или вознаграждения – «reward-системой». Результатом активации reward-системы является чувство удовольствия и желание многократно повторять стимул (Eisenberger, Cameron, 1996). Возникновение зависимости от наркотических препаратов связывают «со структурами мозга, входящими в reward-систему» (Бутров, Цимбалов, 1999, стр. 52), а механизм получения «кайфа», «прихода» и т.д. – с усилением дофаминергической нейротрансмиссии (Loimer et al., 1991; Churchill, Kalivas, 1992). При этом все наркоманические внутренние ощущения объясняются исключительно рецепторно-метаболическими взаимоотношениями в ЦНС.

1.2.8. Феномены специфичности индивидуальных систем значений внутреннего восприятия при различных заболеваниях

В клинической психологии можно выделить ряд характерных для той или иной патологии феноменов, проявляющихся специфическими особенностями знаково-символического опосредствования теле-

ности, характерностью индивидуальных систем значений внутреннего восприятия. Одним из таких феноменов является специфичность интрацептивных словарей при различных заболеваниях.

Интрацептивная семантика – категориальная сеть, в ячейках которой феномены телесности получают свое субъективное существование (Тхостов, 2002), а интрацептивный словарь, или словарь интрацептивных ощущений – набор конкретных характеристик этой категориальной сети, которыми являются его содержание, объем, структура «классов» и т.д. Изменения индивидуальных интрацептивных словарей в условиях различной патологии или наличие характерной для определенной патологии специфичности такого словаря, возрастные и половые различия этих словарей наблюдались в результатах многих исследований (Тхостов, Ефремова, 1989; Виноградова, 1987; Арина, Виноградова, 1989; Тхостов, 1991, 2002; Шестакова и др., 2001, 2001а и др.). Эти явления объясняются тем, «что центральным психологическим механизмом нарушений интрацептивного восприятия является изменение субъективной семантики, искажение интрацептивных значений и обобщений» (Тхостов, 2002, стр. 157).

На сегодня проведены углубленные исследования и анализ интрацептивных словарей: больных с ипохондрическим синдромом в рамках вялотекущей (неврозоподобной) шизофрении и ипохондрического невроза, больных тяжелыми соматическими заболеваниями – инфарктом миокарда и раком желудка (Тхостов, 1991), соматоформными расстройствами (Рупчев, 2001), кардиалгией (Виноградова, 1987), мигренями (Шестакова, 1995).

Разработан ряд методик для исследования интрацептивных словарей (Арина, Виноградова, 1989; Тхостов, Ефремова, 1989; Ефремова, Тхостов, 1990; Тхостов 1991, 2002; Елшанский, 1999).

К феноменам патологической специфичности индивидуальных систем значений внутреннего восприятия можно также отнести алекситимию. Хотя при ее квалификации основной акцент и делается на особенностях означения эмоций, фактор семантики телесного восприятия также постоянно «виден» в посвященных алекситимии научных работах. В принципе, в плоскости рассмотрения индивидуальных систем значений этот феномен может быть сведен к специфичности индивидуального словаря эмоциональных и интрацептивных значений.

Однако поскольку алекситимия является на сегодня наиболее разработанным в современной науке психологическим конструктом, связанным с нарушением способности к вербализации индивидом собственных телесных ощущений и эмоций, то, вероятно, стоит рассмотреть ее более подробно.

Алекситимия рассматривается как психологическая характеристика, определяемая «следующими когнитивно-аффективными особенностями: 1) трудностью в определении (идентификации) и описании собственных чувств; 2) трудностью в проведении различий между чувствами и телесными ощущениями; 3) снижением способности к символизации, о чем свидетельствует бедность фантазии и других проявлений воображения; 4) фокусированием в большей мере на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях» (Ересько и др., 1994, стр. 4-5). По мнению других авторов, также: тенденциями прибегать к действию, чтобы разрешать конфликты, и склонностью к детальному описанию фактов, событий, физических симптомов (Pedi-nielli, 1993), ригидностью и конкретностью когнитивного стиля (Семенова, 1993).

Термин «алекситимия» ввел П.Е. Сифнеос (P.E. Sifneos) в 1972 году. Он описал наблюдавшиеся им особенности пациентов психосоматической клиники, выражавшиеся в «утилитарном» способе мышления, тенденциях к использованию действий в конфликтных и стрессовых ситуациях, обедненной фантазии, сужении аффективного опыта и, особенно, в трудностях подыскать подходящее слово для описания своих чувств. Алекситимия буквально обозначает: «без слов для чувств» (или «нет слов для названия чувств») (Ересько и др., 1994). Данные особенности не являются присущими исключительно психосоматическим пациентам.

Сходные феномены были описаны при посттравматических состояниях (Pedi-nielli, 1993), алекситимию называли характерной для наркоманов и токсикоманов (Thome, 1990; Pedi-nielli, 1993; Былкина, 1995), алекситимические характеристики обнаружены у больных раком, у страдающих почечной недостаточностью, у больных алкоголизмом, у лиц с маскированной депрессией, у страдающих ожирением, у больных СПИДом (Thome, 1990; Wise et al., 1991; Poulsen, 1991; Былкина, 1995).

У алекситимических пациентов отмечают «неспособность ассоциировать визуальные картины, образы, мысли в специфическое эмоциональное состояние», преобладание поведенческих реакций над вербальными, неспособность «совместить мысли с эмоциональными состояниями» (Pedinielli, 1993, стр.25), неспособность «обозначать свои чувства и использовать их как знаки внутренних конфликтов или как ответ на внешнюю ситуацию» (там же, стр. 33), «бедность языка в самоописаниях и общении», «малую представленность в настоящем событии прошлой жизни», «невозможность адекватного прогноза собственной деятельности», «недостаточную инициативу и активность в поиске средств», «неустойчивость и недифференцированность самооценки», «неустойчивость и неадекватность целеполагания при исследовании уровня притязаний», «неопределенность или полное отсутствие перспективы будущего» (Николаева, 1993, стр. 91). Предполагается, что алекситимия характерна для психологически незрелых личностей, у которых вместо эмоционального отклика происходит соматизация (Wise et al., 1990). Неспособность алекситимических индивидов регулировать причиняющие им страдания эмоции может привести к усилению физиологических реакций на стрессовые ситуации, создавая тем самым условия, ведущие к развитию психосоматических заболеваний (Ересько и др., 1994). Рядом авторов алекситимия считается личностной особенностью индивидов с психосоматическими расстройствами, а также упоминается как устойчивый феномен, характерный для ряда заболеваний (William, Corulla, 1988). По мнению С. Лебовиси (S. Lebovici) – алекситимик «плохо сознает и еще хуже сообщает о своих чувствах, которые к тому же неверно истолковывает» (цит. по: Sifneos, 1983).

Некоторые авторы различают два типа алекситимии: первичную алекситимию, рассматриваемую как стойкая личностная черта (Wise et al., 1991) и вторичную – как реакцию на соматическую болезнь, связанную с психологическим опытом болезни (Freyberger, 1977; Sifneos, 1983; Семенова, 1993). У пациентов с вторичной формой алекситимии ее симптомы имеют либо преходящий характер, который уменьшается по мере излечения физического недуга, такую форму ряд авторов называет острой вторичной алекситимией, либо постоянный характер, и тогда говорят о хронической вторичной алекситимии. Это

состояние наблюдается у тех пациентов, течение болезни которых приобретает хронический характер (Freyberger, 1977). Ряд исследователей считает, что у таких пациентов вторичные алекситимические черты могут быть объяснены как защита по отношению к эмоциональной значимости и серьезности болезни, а именно, как защитный механизм, выстраиваемый пациентом, который находится в конфронтации со своим опытом развивающейся болезни (Freyberger, 1977; Sifneos, 1983).

В настоящее время разработан ряд специальных методов диагностики и измерения алекситимии: «Психосоматический опросник Госпиталя Бет Израел» (BIQ), «Опросник, регистрирующий ответы, провоцируемые алекситимией» (APRQ) (в этих двух методиках оценки больным выставляются наблюдателями), «Личностная шкала Schalling-Sifneos» (SSPS), «Шкала алекситимии MMPI», «Торонтская алекситимическая шкала» (TAS) — последние три представляют собой шкалы самоотчетов. Наиболее известным из этих методов квалификации алекситимии на сегодня является «Торонтская алекситимическая шкала» (Ересько и др., 1994).

1.2.9. Психологические особенности больных наркоманией, сопутствующая злоупотреблению наркотиками психическая патология

По данным отечественной и зарубежной литературы, у больных наркоманией отмечают снижение самоконтроля, импульсивность, экстернальный локус контроля, неспособность к предвидению. Факторами, способствующими развитию наркомании, называют такие личностные черты, как слабость волевой деятельности, переживание чувства собственной неполноценности, неумение устанавливать межличностные отношения, а также склонность к подражательству, повышенную внушаемость, подчиняемость групповому поведению (Ланда, 1989; Радченко, 1989; Дунаевский, Стяжкин, 1990; Campbell, Stark, 1990; Битенский и др., 1991; Бузина, 1994), несвязанность целенаправленности и целесообразности поведения (Курек, 1995), искажения Я-концепции и самооценки (Сирота, Ялтонский, 1996). Факторами,

способствующим наркотизации, называют алекситимию (Thome, 1990; Былкина, 1995), повышенную мотивацию к поиску острых ощущений (Бузина, Должанская, 1997). Проведенные нами исследования больных опийной наркоманией выявили у них высокий уровень зависимости, выраженность психопатологических черт, повышенную тенденцию к поиску нового опыта и «расторженность» в социальной сфере (Елшанский, 1999; подробнее см. ниже), дефицитарность функции внутреннего контроля (Тхостов и др., 2001a), размытость и примитивность самооценки, изолированность временных факторов самооценки от прошлого и будущего, дефицитарность структуры мотивов (Тхостов и др., 2001). Нейропсихологические исследования больных опийной наркоманией выявили «нарушения общей работоспособности и истощаемость, неспецифические нарушения памяти и других психических процессов», «импульсивность, нарушения целенаправленности деятельности, анализа, снижение уровня обобщения, отвлекаемость и персеверации», «трудности в восприятии пространственных признаков зрительных стимулов» (Баулина, 2002, стр. 59).

По мнению А.К. Качаева, «пристрастие к наркотическим средствам возникает обычно у аномальных личностей — неуравновешенных по характеру, неустойчивых и подверженных внешним влияниям, не имеющих твердых и постоянных интересов, нередко стремящихся чем-то "выделиться" среди окружающих людей» (Судебная психиатрия, 1986, стр. 242). По мнению А.Е. Личко и его соавторов, злоупотреблению наркотиками и другими токсическими веществами «наиболее способствуют эпилептоидный и истероидный типы акцентуаций характера, неблагополучие в родительской семье и влияние асоциальных компаний сверстников из ближайшего окружения» (Битенский и др., 1991, стр. 87). В зарубежной литературе как частый мотив употребления наркотиков указывается конфронтация поколений — протест в отношении духовных ценностей родителей, общества в целом (Robbins, 1970). Другим мотивом употребления наркотиков считается поиск необычных ощущений и переживаний (Личко, Битенский, 1991). Выделяют типы мотивации наркотизации: позитивную (наслаждение), негативную (устранение тоски) и нейтральную (для приспособления к окружению) (Битенский и др., 1991). П.Б. Ганнушкин рассматривал алкоголизм как ситуационное, а наркоманию — как конституционное

развитие личности. Ему принадлежит фраза, что алкоголиками делаются, а морфинистами рождаются (Ганнушкин, 1933). Позднее было высказано суждение, что существуют «наркоманы поневоле» (те, кто прибегал к наркотикам из-за болей) и «наркоманы по призванию» (Битенский и др., 1991). По данным А.Е. Личко и его соавторов, до начала злоупотребления диагноз психопатии мог быть поставлен в 64% случаев наркоманий и в 31% — токсикоманий. Возможно, что психопатия создает повышенный риск формирования наркоманий, однако на степень риска влияет не столько наличие девиации характера, сколько ее тип, даже если речь идет о вариантах нормы — акцентуациях характера (там же). Среди конституциональных предрасположений к наркоманиям П.Б. Ганнушкин отдавал первое место эпилептоидам, неустойчивым и циклотимикам (Ганнушкин, 1933, 1998). Он также считал, что «имеются все логические и клинические основания расценивать наркоманию как психопатическое развитие» (Ганнушкин, 1998, стр. 238). Исследования подростков-наркоманов выявили преобладание у девочек акцентуаций характера лабильного, истероидного и гипертимного типов, а у мальчиков — эпилептоидного и неустойчивого (Найденова, 1991). Отмечают также, что для подростков, больных наркоманиями, характерны нарушения системы межличностного общения, чувство «заброшенности» (Дурандина, Сирота, 1988). Т.И. Букановская сообщает, что у больных опийной наркоманией «в состоянии наркотической интоксикации происходит значительная активация мотивационной деятельности, проявляющаяся в переживании интереса, а также осуществляется безболезненное переживание горя-страдания» (Букановская, 1992, стр. 161). По ее мнению, у больных опийной наркоманией также наблюдается высокая напряженность аффекта, низкая способность к переживанию, наличие эмоций гнева-отвращения (протеста-неприятия) «в структуре переживаний» и предполагается защитная роль опийной интоксикации, которая «заключается в том, что она позволяет пережить эмоциональное состояние горя-страдания на качественно ином уровне, дающем чувство удовлетворения (приятия)» (там же). Т.И. Букановская также связывает обнуженное ей «снижение способности к переживанию горя, гнева, презрения и вины у больных опийной наркоманией в сочетании с высокой напряженностью аффекта при переживании горя и предпочти-

тельностью реагирования эмоциональным состоянием гнева» с наличием у этих больных «эмоциональных расстройств депрессивно-дисфорического характера с агрессивными тенденциями» (там же, стр. 160). Н.С. Курек отмечает у больных наркоманией снижение «точности распознавания эмоций по мимике, жестам и позам, увеличение числа неэмоциональных ответов при распознавании эмоций» (Курек, 1993, стр. 70). Аналогичные особенности данный автор отмечает у больных депрессией и шизофренией, а также у больных алкоголизмом. Как диагностические признаки наличия риска формирования наркомании он называет «1) сочетание дефицита восприятия эмоций с сохранным (в пределах нормы) или даже повышенным уровнем эмоциональной экспрессии; 2) нивелировку половых различий в эмоциональной сфере» (там же). У девушек, входящих в группу повышенного риска заболевания наркоманией, по мнению Н.С. Курика, «повышена экспрессия гнева, снижена точность распознавания эмоций по мимике, жестам и позам страха, печали и гнева», у юношей, входящих в группу повышенного риска заболевания наркоманией, автор отмечает повышенный «уровень экспрессии и переживания страха и печали» (там же). Н.С. Курек считает, что у девушек, входящих в группу повышенного риска заболевания наркоманией, «наряду с женскими чертами появляются типичные мужские качественные особенности эмоций, а у юношей наоборот» (там же, стр. 71). Он выдвигает предположение, что «сниженная способность к распознаванию эмоций у других людей в сочетании с высоким уровнем эмоциональной экспрессии может стать причиной конфликтов со сверстниками, в семье, с учителями. Нивелировка половых различий в эмоциональной сфере может привести к нарушениям полоролевых социальных стереотипов и норм эмоционального реагирования. В результате конфликтов снижается настроение, формируется социальная изоляция, что может повысить вероятность приобщения к потреблению наркотиков» (там же).

По данным Дж. В. Лимбека и его соавторов, у 52,5% больных наркоманией выявлены сопутствующие психотические и невротические расстройства, у 59% — антисоциальные черты личности, шизофрения диагностируется у них в 5 раз чаще, чем в общей популяции, у 63% отмечено сопутствующее злоупотребление алкоголем, авторы счита-

ют, что частота встречаемости сопутствующих психотических и невротических расстройств у больных наркоманией убывает в ряду фобии > депрессия > дистимия и делают вывод, что у больных наркоманией значительно чаще, чем в общей популяции, встречается шизофрения и аффективные нарушения (Limbeek et al., 1992). По данным Е. Дейкина и его соавторов, депрессия была выявлена у 17% юношей и 48% девушек, злоупотребляющих наркотиками, что значительно превосходило распространенность депрессии у подростков того же возраста в популяции (Deykin et al., 1992).

Некоторые авторы характеризуют личность больного наркоманией как психопатическую, так, Н.Г. Найденова, исследовав структуру личности у 95 больных, у 91 из 95 оценивает структуру личности как психопатическую с социальной дезадаптацией, а у 4 из 95 — как психопатическую без социальной дезадаптации. Она также отмечает обострение преморбидных личностных особенностей и сдвиг личности в сторону «эпилептоидизации» и «шизоидизации» под влиянием наркотизации (Найденова, 1991). М.Е. Позднякова считает, что потребителю наркотиков свойственны социально-отрицательные отклонения, сдвиги в нравственном сознании (Позднякова, 1988). Отмечают, что осведомленность о вредных действиях алкоголя и наркотиков не предотвращает их употребления (Позднякова, 1988; Macfarlane, McPherson, 1992). Выявлена обратная корреляция (для респондентов обоего пола) между частотой употребления психоактивных веществ и способностью к социальной адаптации (Del Bora et al., 1991). Подростки, часто (больше 5 раз в месяц) употребляющие психоактивные вещества, обнаруживают более высокую частоту депрессий, суицидальных мыслей, поведенческих проблем, конфликтов со сверстниками, в семье и с правоохранительными органами. У этих подростков также отмечен низкий уровень самооценки (там же). Исследования больных наркоманией с помощью перечня симптомов SCL-90R показали выраженность психопатологических черт в обследованной выборке по сравнению с обычной психиатрической выборкой, причем наркоманы, употреблявшие наркотики разных типов, значимо отличались между собой по четырем параметрам шкалы (Campbell, Stark, 1990). Проведенные нами исследования отечественных больных опишной наркоманией (153 человека) с помощью этой методики, состоя-

щей из 90 пунктов-симптомов, каждый из которых оценивается испытуемым по пятибалльной шкале, отражающей наличие и субъективную выраженность этого симптома у больного — от «несколько» до «крайне», обнаружили у этих больных высокую (по сравнению с контрольной группой — 372 человека) степень выраженности психопатологических черт (см. подробнее: Елшанский, 1999). А.Ф. Радченко, анализируя преморбидные особенности личности больных наркоманией, установила, что, несмотря на различные типы личности, у них можно выделить многие общие черты, такие как аффективная лабильность, неустойчивость интересов, постоянное стремление к новым, необычным ощущениям, общительность и склонность к неоправданному риску (Радченко, 1989). Значимыми предикторами интенсивного употребления наркотиков в 15–20 лет называют агрессивность ребенка в 5–10 лет и асоциальность родителей, а также нонконформизм подростка в 13–18 лет, при этом нонконформизм имеет высокую корреляцию с «гневливостью» ребенка в 5–10 лет (данные получены путем лонгитюдного анализа) (Brook et al., 1992). К предикторам раннего начала употребления наркотиков и алкоголя относят также импульсивность (там же). Некоторые авторы считают, что в отдельных случаях развитию аддиктивных расстройств могут способствовать стрессовые жизненные события (Gottheil et al., 1987; Gorman, Brown, 1992). Многие авторы отмечают тенденции наркоманов к антисоциальному поведению (Курек, 1995; Бузина, Должанская, 1997). Особенно выраженную асоциальность поведения отмечают у больных опийной наркоманией, по мнению ряда авторов, они готовы на любые поступки, криминальные действия (вплоть до убийства) с целью получения очередной дозы наркотика (Жариков и др., 1989). По мнению Р.А. Наджарова, при опийной наркомании «возникают психические нарушения в виде снижения личности с сужением круга интересов, общим огрублением личности. Больные становятся угрюмыми, нелюдимыми, мрачными, перестают проявлять внимание к близким, безразлично относятся к работе, жизненным радостям и неприятностям» (Кербинов и др., 1968, стр. 194). У больных опийной наркоманией отмечают также некритичность в оценке своей личности — нарушение понимания больным своего места в жизни, неадекватное представление о себе, неустойчивость эмоциональной сферы, сниженный контроль

эмоций, «изменения познавательных процессов» (Ланда, 1989), «самооценка больных наркоманией опиатами имеет лабильный характер и резко меняется в зависимости от состояния больного» (там же, стр. 109). А.К. Качаев отмечает заметно выраженные изменения личности при опийных наркоманиях. Он пишет, что «вначале обнаруживаются астенические, депрессивные расстройства, возбудимость, истерические реакции. В последующем на первый план выступают падение активности, сужение круга интересов, эмоциональное огрубение, морально-этическое снижение» (Судебная психиатрия, 1986, стр. 244). Согласно А.Е. Личко, тип акцентуации характера определяет предпочтительный выбор дурманных средств, так, тенденция к употреблению опийных препаратов и гашиша наиболее высока при шизоидном типе акцентуации (Битенский и др., 1991), тогда как в целом риск формирования злоупотребления дурманными веществами «наиболее высок для эпилептоидного и истероидного типов акцентуаций характера» (там же, стр. 89). Ряд авторов называет в качестве характерной психологической особенности больных наркоманией алекситимию (Pardinielli, 1993; Былкина, 1995).

Ряд исследователей связывает наркоманию и рискованное поведение, детерминированное тенденцией к поиску ощущений (Zuckerman, 1975; Jaffe, Archer, 1987; Радченко, 1989; Никифоров, 1993; Бузина, 1994; Бузина, Должанская, 1997). В жизни наркоманов постоянно присутствует риск, связанный с получением наркотиков и денег на них. Многие из них утверждают, что без риска жизнь скучна и однообразна (Бузина, Тхостов, 1999). Предполагают, что существуют определенные психологические механизмы, толкающие людей на употребление наркотиков и влияющие на способ употребления наркотиков и выбор наркотика (Бузина, 1994). Отмечают, что внутривенный способ введения наркотика чаще использовали лица, у которых наблюдались антисоциальные черты личности (Brooner et al., 1990). Также отмечено, что у наркоманов, предпочитающих внутривенные инъекции, в большей степени выражено антисоциальное поведение по сравнению с курильщиками марихуаны (Serraino et al., 1992). Любопытство и желание испытать новые ощущения называют одним из факторов приобщения подростков к наркотикам (Zuckerman, 1975; Радченко, 1989; Никифоров, 1993). При этом склонные к потреблению ПАВ под-

ростки склонны к рискованному сексуальному поведению (Arnett, 1990; Biglan et al., 1990). Больной наркоманией не всегда способен принимать разумные решения не только из-за измененного сознания в состояниях наркотического опьянения, но и из-за специфической склонности некоторых лиц, употребляющих наркотики, к рискованному поведению. И вполне возможно, что склонность к такому поведению, к поиску все новых острых ощущений может выступать одним из предикторов наркотизации. По мнению В.А. Петровского, есть позитивно мотивированный риск, который определяется значимостью достигаемой им цели, и «бескорыстный» риск, не несущий никакой объективной выгоды, в случае же неудачи приводящий к ощутимому «наказанию». При этом предполагается наличие определенной «субъективной выгоды», так как лица, рискующие «бескорыстно», объясняют свое поведение «влечением», «тягой» к опасности, а свои субъективные ощущения в момент совершения рискованного поступка ассоциируют с чувством нарастающего напряжения, которое в последний момент сменяется резкой разрядкой (Петровский, 1992). Интерес представляет также то, что те, кто рискует «мотивированно», рискуют и «бескорыстно»; однако, рискующие «бескорыстно» не всегда склонны к «мотивированному» риску. Таким образом, предполагают, что склонность к «бескорыстному» риску первична и является предпосылкой для «мотивированного» рискованного поведения (Бузина, 1994). В связи с этим выделяют особый тип поведения, которое называется «поиск ощущений» («sensation seeking»). Он описан американским психологом М. Цукерманом, определяющим его как поведение, связанное с потребностью в различных новых ощущениях и переживаниях и выражающееся в стремлении к физическому и социальному риску ради этих ощущений (Zuckerman, 1971, 1971a, 1975, 1983, 1986, 1991; Zuckerman et al., 1988, 1988a). Считают, что подобное поведение является индивидуальной особенностью субъекта и вытекает из необходимости индивида поддерживать оптимальный уровень стимуляции и возбуждения (Zuckerman, 1975). Установлена связь «поиска ощущений» со злоупотреблением психоактивными веществами (Jaffe, Archer, 1987). Поведение лиц с выраженной склонностью к «поиску ощущений» связано с потребностью в возбуждении, оно зачастую проявляется в поиске приключений, совершении

рискованных поступков (Бузина, 1994). Потребность в поиске ощущений и впечатлений положительно коррелирует с дисгармонией личностных черт и антисоциальным поведением, включающим употребление алкоголя и наркотиков (Scarpitti, Datesman, 1980; Rowland, Franken, 1986; Гульдман, Корсун, 1990). Для определения степени выраженности тенденций к «поиску ощущений» М. Цукерман предложил специальный тест – «Sensation seeking scale» («Шкала поиска ощущений» или просто «Поиск ощущений») (Toeplitz, 1977; Гульдман, Корсун, 1990). Первоначально он содержал 4 шкалы: поиска физического риска (ниже «поиск впечатлений и приключений»); поиска нового опыта (в том числе через неконвенциональное поведение – употребление наркотиков, бродяжничество и т.п.) (ниже: «поиск нового опыта»); несоответствия поведения социальным нормам, нонконформизма (дословно шкала называлась «disinhibition» – «несдержанность», в отечественных работах ее называли «расторможенностью» (Бузина, 1994) или «социальной расторможенностью» (Бузина, 1998; Елшанский, 1999), последний термин мы будем использовать ниже); чувствительности к скуке (ниже: «чувствительность к скуке»). А также общую шкалу, объединявшую показатели всех 4 шкал теста и отражавшую общий уровень потребности в поиске впечатлений (ниже: «общая потребность в стимуляции») (Гульдман, Корсун, 1990). Затем польскими психологами была добавлена еще одна шкала – потребности в интеллектуальной стимуляции, или потребности в интеллектуально-познавательной стимуляции (ниже: «потребность в интеллектуальной стимуляции»). Высокие значения по этой шкале имеют лица, испытывающие потребность в постоянной «подпитке» своей интеллектуальной деятельности новой информацией (Toeplitz, 1977). Баллы по этой шкале также учитывались при расчете общей шкалы. Тест представляет собой набор из 68 пар альтернативных утверждений, из которых испытуемому необходимо выбрать в каждой паре то утверждение, которое больше соответствует его личным предпочтениям. Изучение феномена «поиска ощущений» на подростках показало существование связи между высокими показателями по тесту М. Цукермана и предрасположенностью подростков к поведению, связанному с приемом наркотиков (Jaffe, Archer, 1987). Было отмечено, что лица, употребляющие алкоголь и марихуану в подростковом возрасте, име-

ют высокие показатели в тесте на «поиск ощущений» (Bates et al., 1986). Подростки с отклоняющимся поведением, к которому относится и употребление наркотиков, оказались склонными к повышенному социальному риску по этому тесту (Гульдман, Корсун, 1990). Подростки с высокими показателями по тесту стремятся к экспериментированию с наркотическими веществами с целью повысить уровень возбуждения и получить разнообразные ощущения (Galizio, Stein, 1983). Следует отметить, что не все лица, употребляющие наркотики, в одинаковой степени склонны к поведению типа «поиск ощущений». Было показано, что наркотики, относящиеся к группе стимуляторов, выбирают лица с более высокими показателями «поиска ощущений»; лица же с более низкими показателями «поиска ощущений» выбирают седативную группу (Kern et al., 1986; Marvel, Hartmann, 1986). По-видимому, только фактор рискованного поведения и «поиска ощущений» недостаточен для наркотизации, так как при благоприятных возможностях тенденции к рискованному поведению и потребности в «поиске ощущений» могут быть реализованы в профессиональной деятельности, спорте и т.п., однако, если благоприятные условия для этого отсутствуют, вероятность делинквентного поведения, и в частности наркотизации, резко возрастает.

Проведенные нами исследования 153 больных опийной наркоманией с помощью методики «Поиск ощущений» обнаружило, что в группе больных наркоманией усредненные результаты по шкалам «Поиск нового опыта», «Социальная расторможенность» и «Чувствительность к скуке» выше, а по шкалам «Потребность в интеллектуальной стимуляции» и «Поиск впечатлений и приключений» незначительно ниже, чем в контрольной выборке здоровых испытуемых (372 человека), по шкале «Общая потребность в стимуляции» результаты исследованных выборок практически не различались. При этом значимые статистические различия между выборками больных опийной наркоманией и здоровых испытуемых были выявлены (критерий Манна-Уитни, $p < 0,05$, где p — уровень доверительной вероятности) по параметрам «Поиск нового опыта» и «Социальная расторможенность», что позволило предположить у больных опийной наркоманией повышенную тенденцию к поиску нового опыта и высокую степень «расторможенности» в социальной сфере (подробнее см.: Елшанский, 1999). Резуль-

Усредненные результаты по тесту «Поиск ощущений»

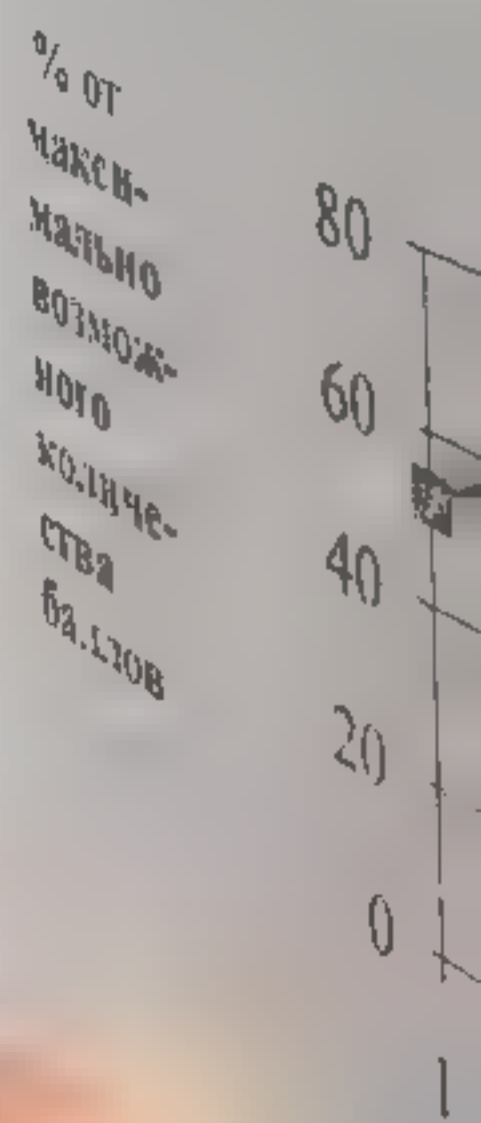
В процентах

Шкала

1. Общая потребность в стимуляции	
2. Поиск впечатлений и приключений	
3. Поиск нового опыта	
4. Социальная расторможенность	
5. Чувствительность к скуке	
6. Потребность в интеллектуальной стимуляции	

Знаком (*) в таблице отмечены значимые различия.

На рисунке 3 представлены результаты теста «Поиск ощущений». Говоря об исследованиях, можно отметить, что количество исследований, проведенных этими методами, к



таты исследований с помощью методики «Потребность в поиске ощущений» приведены в таблице 1.

Таблица 1

Усредненные результаты исследований с помощью методики
«Потребность в поиске ощущений».

В процентах от максимально возможного числа баллов

Шкала	Больные наркоманией	Контрольная группа
1. Общая потребность в стимуляции	51.57±2.87	51.58±1.81
2. Поиск впечатлений и приключений	67.06±3.76	69.60±2.45
3. Поиск нового опыта (*)	62.65±3.34	45.73±2.05
4. Социальная расторможенность (*)	55.56±3.34	47.96±1.87
5. Чувствительность к скуке	52.38±2.74	49.73±1.98
6. Потребность в интеллектуальной стимуляции	61.63±4.25	68.29±1.97

Знаком (*) в таблице отмечены шкалы, для которых были обнаружены статистически значимые различия.

На рисунке 3 приведены «профили» результатов, полученных по тесту «Поиск ощущений».

Говоря об исследованиях больных наркоманией методами, которые можно отнести к психосемантическим, нужно констатировать, что количество исследований психологических аспектов наркоманий такими методами крайне мало. В качестве примера можно привести

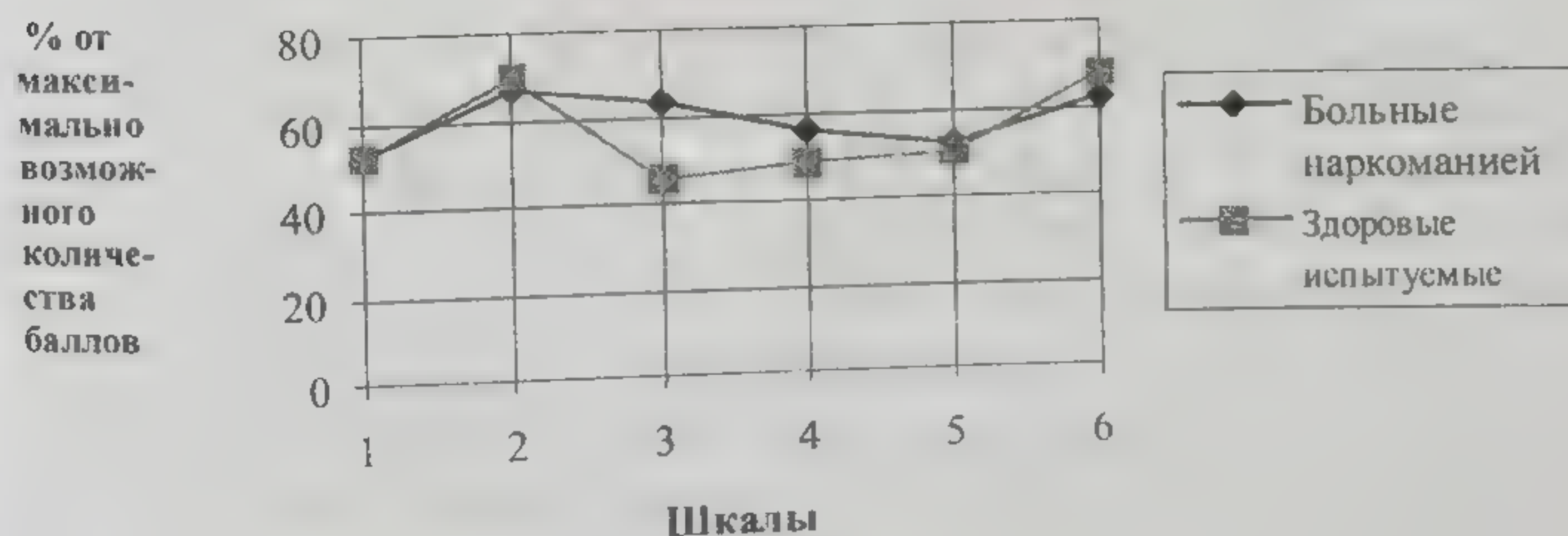


Рис. 3. Результаты исследований с помощью теста «Потребность в поиске ощущений»

исследование, проведенное в Северо-Осетинском медицинском институте Т.И. Букановской (1992). Целью исследования было изучение эмоционального переживания у больных опийной наркоманией в различных ситуациях. Обследование больных проводилось по методике Бартлетта и Изарда. (Методика предложена Бартлеттом и Изардом (Bartlett, Izard, 1972) для изучения «субъективного переживания эмоций» (см. также: Изард, 1980, стр. 114).) Суть метода заключается в том, что больного просят представить определенную эмоциогенную ситуацию и субъективно описать ее переживание, используя на выбор различные эмоциональные определения из 30 представленных. Характер выбора эмоциональных определений при высокой их корреляции с фактором (соответствующей эмоцией) указывает на эмоциональную дифференцированность и адекватность; предпочтительный выбор некоторых эмоциональных определений отражает желаемый тип эмоционального реагирования. Так, если испытуемый в воображаемой ситуации гнева, страха, стыда и вины выбирал одно и то же определение «гневный», то это значило, что он в различных ситуациях предпочитает реагировать эмоциональным состоянием гнева; корреляция определения «гневный» с фактором заметно снижалась. Модификация метода Т.И. Букановской касалась количественного анализа и заключалась в следующем. В методике Бартлетта и Изарда испытуемые должны были сами оценивать в баллах используемые эмоциональные определения; общая оценка и характеристика эмоциональной ситуации зависели от совокупности выбранных определений, от так называемого паттерна эмоций. Субъективно оценивалась и степень эмоционального напряжения. В модификации Т.И. Букановской испытуемые производили только выбор определений; паттерн эмоций рассчитывался на основе математического анализа. Были введены три показателя: 1) общая оценка эмоциональной ситуации, характеризовавшая ее значимость для индивида (в баллах от 1 до 5); 2) способность к переживанию эмоциональной ситуации (также в баллах от 1 до 5); 3) напряжение, возникающее при эмоциональном переживании, определяемое как разница между оценкой ситуации и способностью ее пережить. В задачи исследования входило: 1) изучение по данным субъективного представления характера и степени переживания 10 основных, фундаментальных эмоций, входящих в адаптивный

комплекс; 2) определение характера переживания эмоционально значимой ситуации, т.е. той воображаемой ситуации, в которой обследуемый способен испытывать наиболее яркие и сильные чувства; 3) определение характера и глубины переживания наркотической интоксикации в субъективном представлении. Эмоциональный компонент переживания был изучен у 31 больного опийной наркоманией. Все больные были лицами мужского пола, средний возраст составлял 28,3 года (от 19 до 36 лет). Средняя продолжительность злоупотребления опиатами составляла 5,6 лет (от 2 до 16 лет); форма потребления преимущественно парентеральная. Обследовались больные, находившиеся на стационарном лечении, после устранения проявлений абстинентного синдрома. Контрольную группу составили 72 лица мужского пола в возрасте от 21 года до 32 лет (средний возраст – 26,4 года). По сравнению с контрольной группой большинство больных опийной наркоманией обнаружило низкую корреляцию эмоциональных определений с фактором по всем базисным эмоциям. Это указывало на снижение эмоциональной дифференцированности, а в ряде случаев и на эмоциональную неадекватность. Особенно низкая корреляция с фактором обнаружилась при переживаниях гнева, удивления, интереса, горя и вины. Предпочтительность того или иного типа эмоционального реагирования была примерно одинаковой и у больных, и у здоровых; обследуемые обеих групп чаще всего использовали определения интереса, вины, удивления и практически не пользовались определениями страха и стыда. В отличие от здоровых больные наркоманией чаще предпочитали определение гнева. Автор говорит также о «значительном снижении способности к эмоциональному переживанию у больных опийной наркоманией во всех эмоциональных ситуациях» (Букановская, 1992, стр.159). Здоровыми лицами максимально оценивались и глубоко переживались в первую очередь эмоционально значимые для субъекта ситуации, затем состояние радости и стыда; переживание страха и удивления было относительно сниженным. Больные наркоманией максимально оценивали и глубоко переживали в первую очередь состояние воображаемой опийной интоксикации, затем – эмоционально значимую ситуацию; по сравнению со здоровыми переживание радости, горя, гнева и вины было достоверно сниженным. Переживание у здоровых лиц отличалось большей

напряженностью аффекта, особенно в ситуации страха, удивления, интереса и гнева; однако ситуация горя переживалась с гораздо большим напряжением больными наркоманией. Обследуемые обеих групп из положительных эмоций предпочитали определения тех, переживание которых сопровождалось напряжением — интерес, удивление; из отрицательных эмоций предпочитали те, которые переживались с меньшим напряжением — вину и отвращение в группе здоровых, вину и гнев в группе больных наркоманией. Опийная интоксикация в ее субъективном представлении сопровождалась значительно большей напряженностью аффекта, чем состояния радости и удивления. Это, по мнению автора, дает основания предполагать, что даже положительные эмоции радости и удивления у больных наркоманией не дают чувства удовлетворения. Т.И. Букановская считает также, что снижение способности к переживанию горя, презрения и вины у больных опийной наркоманией, в сочетании с высокой напряженностью аффекта при переживании горя и предпочтительностью реагирования эмоциональным состоянием гнева, указывают на наличие эмоциональных расстройств депрессивно-дисфорического характера с агрессивными тенденциями. Последнее подтверждалось паттерном эмоций в ситуации горя, который отличался эмоциями гнева-отвращения. Отмечается «эмоциональная недифференцированность» больных наркоманией и снижение у них «способности к переживанию интереса». Предполагается, что стремление к приему наркотических веществ является способом психологической защиты личности и говорит, что эта «защитная роль опийной интоксикации» заключается в том, что она позволяет пережить эмоциональное состояние горя-страдания на качественно ином уровне, дающем чувство удовлетворения (приятя) (там же). Анализируя полученные Т.И. Букановской результаты, можно добавить, что введенные ей понятия «эмоциональная недифференцированность» или «снижение эмоциональной дифференцированности», которые она называет характерными для больных опийной наркоманией, созвучны с результатами наших исследований, обнаруживших у таких больных недифференцированность индивидуальных систем значений внутреннего восприятия.

СЕМАНТИКА ВНУТ
ПРИ ЗАВИСИМОСТ
ВЕЩЕСТВ КАК

2.1. Актуальность внутреннего вос

Актуальность проблемы
восприятия при зависимост
дифференцированности, диктуется
этой зависимостью от ПАВ,
полноценной разработаннос

Знаково-символическое
значения системы зна
и от ПАВ в совр
означены. Пр
е является вес
Исследова
и пат
ересным. С
современ
синдрома

Глава 2

СЕМАНТИКА ВНУТРЕННЕГО ВОСПРИЯТИЯ ПРИ ЗАВИСИМОСТЯХ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ КАК НАУЧНАЯ ПРОБЛЕМА

2.1. Актуальность исследования семантики внутреннего восприятия при зависимостях от ПАВ

Актуальность проблемы дефицитарности механизмов внутреннего восприятия при зависимостях от ПАВ, в частности семантической дефицитарности, диктуется как крайне высокой распространенностью зависимостей от ПАВ, особенно опийной наркомании, так и недостаточной разработанностью семантики внутреннего восприятия в целом.

Знаково-символическое опосредствование телесности и индивидуальные системы значений внутреннего восприятия при зависимостях от ПАВ в современной клинической психологии практически не исследованы. При этом значимость факторов дефицитарности телесного означения в возникновении и развитии таких зависимостей представляется весьма вероятной.

Исследование того, как связаны внутреннее восприятие, его семантика и патологическое влечение к ПАВ, представляется крайне интересным. Оно, с одной стороны, хорошо соотносится с потребностью современной клинической психологии в необходимости целостного синдромального изучения девиантных форм поведения и рас-

крывает важные теоретические перспективы, с другой – производит квалификацию феноменов и патологических механизмов, являющихся возможными мишенями практической психотерапевтической и психореабилитационной работы с наркозависимыми больными.

В последнее время, когда научные представления о телесности неуклонно смещаются от биологической к социокультурной детерминированности, «расширяется» и усиливается значение факторов телесности, в частности интрацептивного восприятия во всех сферах психической деятельности, происходит переход от психосоматики к психологии телесности, является крайне важным максимально расширить диапазон изучения возможных связей телесности и деятельности, в том числе и в контексте психических заболеваний и девиантного поведения. Изучение взаимодействия телесности и патологической деятельности злоупотребления психоактивными веществами при этом особенно актуально. Необходимы новые ориентированные на психологию телесности теоретические подходы к исследованию зависимостей от ПАВ и соответствующие модели их этиологии и патогенеза. Фактор интрацепции представляется особенно важным в таких моделях. Возможность квалификации связей интрацепции и поведения, включая его отклоняющиеся формы, возможных форм детерминирования поведенческих актов, в том числе и действий, связанных со злоупотреблением ПАВ, интрацептивными факторами, перенесет границу столкновения психолога или психотерапевта с психической болезнью, антисоциальной или аутодеструктивной деятельностью, субъективным страданием и т.п. на те рубежи, о которых он мог раньше только мечтать. Зависимости от ПАВ здесь не являются исключением.

2.2. Базовые положения

Можно тезисно сформулировать ряд положений или предположений, характеризующих учитывающий телесный, интрацептивный фактор подход к психологическим исследованиям: интрацепция является важнейшим регулятором поведения и деятельности; интрацептивная регуляция поведения имеет знаково-символическую (соответ-

ственно, культурно-опосредованную) природу; сомато-психическая интеракция интрацептивна (т.е. интрацепция и проприоцепция являются основой сомато-психического взаимодействия, а экстрацептивное восприятие своего тела носит вторичный, подчиненный характер); интра- и проприоцептивные ощущения частично или полностью обрабатываются психически на до-сознательном уровне (демонстрацией этого может быть описанный ниже «опыт с головой и глазами»), а в сознание попадает только информация, необходимая для осуществления «запрашиваемой» интрацептивными (проприоцептивными) сигналами деятельности (поведения — в том числе сложного социального); существует интрацептивный анализатор и он «не примитивен» (а, может быть, даже и более сложен, чем другие); существуют определенные **механизмы** психической обработки «первичных» интрацептивных сигналов, которые имеют психосемантическую природу (механизмы означения); существуют **механизмы** психической обработки означенных «первичных» интрацептивных сигналов («вторичное», «расширенное» означение) — ассоциативные, ассоциативно-категориальные, логические и т.п., роль и задача этого вторичного означения — анализ возможностей и выбор адекватного поведенческого паттерна, действия ответа; отсюда вытекает, что поведенческие паттерны реакций на интрацептивное возбуждение опосредствованы процессами вторичного знаково-символического означения интрацептивных сигналов; при том что значительная часть процессов интрацептивной регуляции деятельности и поведения не осознается, эти процессы имеют (или сохраняют) знаково-символический характер или так или иначе детерминированы знаково-символическими факторами (следствием из этого может быть положение о существовании языковой организации неосознаваемого (бессознательного), наличии специфической «грамматики», специфических «словарей», семантических архивов неосознаваемой сферы психического, механизмов оценки-сравнения, эталонов и т.д., следует заметить, что этот «язык» — это некий особый язык — как бы «не совсем язык» (не такой, как, например, русский язык или другие «обычные» языки, языки внешней коммуникации)); интрацептивные ощущения существуют **всегда** (хотя бы как «нормальный» комфорт, обычное самочувствие) и всегда так или иначе представлены в сознании (человек, закрывший глаза, и слепой —

это качественно разные вещи, здесь — то же самое): высказывавшиеся представления о рудиментарности (остаточности, недоразвитости) обычного самочувствия (*vigor vitalis*), особенно в «норме» (Рупчев, 2001a), представляются спорными, обычное самочувствие — сложный и онтогенетически «развитый» эталон (вероятно, важнейший интрацептивный эталон) или даже целая иерархизированная система эталонов, фактор, опосредующий любую деятельность, любое поведение, все сферы психического, его роль в жизни субъекта настолько огромна и настолько значима и важна, что, конечно, ни о какой его рудиментарности не приходится даже и думать, диффузность же обычного самочувствия, охватываемость им всего тела, по-видимому, «намеренный» результат длительного филогенетического развития, эта диффузность, всетелесная равномерность распределения ощущения обычного состояния прекрасно служит целям выделения на ее фоне тех или иных интрацептивных сигналов — показателей изменения телесных конструкторов, «знаков» соматического неблагополучия, «непорядка» или телесной потребности; интрацепция опосредствует или сопровождает (корреспондирует) всю жизнедеятельность индивида, опосредствует все его психические процессы, явления, элементы — формализованно подходя к данному тезису, можно сказать, что: существует интрацептивная функция $F_{\text{интрацептивная}}$, которая опосредствует все психические процессы, явления, элементы — когнитивные, эмоциональные, мотивационные и т.д., т.е. *реальная эмоция, когниция, мотивация и т.д.* = $F_{\text{интрацептивная}}$ («чистая» эмоция, «чистая» когниция, «чистая» мотивация и т.п.).

2.3. Постановка проблемы исследований

Данная работа посвящена исследованию проблемы дефицитарности семантики внутреннего восприятия при зависимостях от психоактивных веществ (можно также сформулировать эту проблему как проблему влияния патологических семантических механизмов в структуре внутреннего восприятия на развитие зависимостей от психоактивных веществ). Более общей проблемой, в контексте которой про-

изводились данные исследования, можно назвать проблему отношения механизмов интрацепции и психических нарушений, еще более обще – проблему отношения (внутреннего) восприятия и деятельности, а в несколько другой плоскости – проблему отношения между телесностью и психикой (телесным и психическим) вообще.

Предметом исследования были: индивидуальные системы значений и знаково-символическое опосредствование интрацептивного, телесного восприятия при зависимости от ПАВ и его нарушения как психологический механизм этиологии и патогенеза таких зависимостей; семантика телесности у больных с зависимостью от ПАВ.

Основной исследовательской моделью послужила опиная наркомания.

Основным объектом исследований были больные опиной наркоманией, проходившие лечение в ряде наркологических клиник и амбулаторий Москвы. При этом верифицированный диагноз опиной наркомании ставился врачом-наркологом. По результатам обследования психиатром-наркологом из исследования исключались лица с сопутствующей тяжелой психической патологией, подпадающей под следующие диагностические рубрики МКБ-10: органические, включая симптоматические, психические расстройства (F00-F09); шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства (F20-F29); умственная отсталость (F70-79) (ICD-10, 1992; Международная классификация..., 1994). В ряде исследований изучались индивиды с зависимостью от табака (никотина). В качестве контрольных были изучены группы людей, не страдавших ни наркоманией, ни токсикоманией (или некурящие). В качестве групп сравнения выступили больные некоторыми психическими и соматическими заболеваниями.

Целью работы было: квалификация роли (значения) и факторов нарушения или искажения семантики внутреннего восприятия в структуре механизмов патологической зависимости от ПАВ.

Основными задачами работы было:

- исследовать роль интрацептивного восприятия и, особенно, его знаково-символического опосредствования в структуре возникновения и развития патологического влечения к ПАВ;
- квалифицировать специфику означения интрацептивных ощущений и индивидуальных систем значений внутреннего восприятия

при зависимостях от ПАВ, а также механизмы патологического взаимодействия внутреннего восприятия и влечения к ПАВ;

- разработать и применить для решения задач исследования семантики внутреннего восприятия при зависимостях от ПАВ необходимые психосемантические методики.

ЭМПИ ОЗНАЧЕНИ ПРИ

В данной главе
хосемантики при
ты ряда эмпириче
приятия у людей с
тодами.

3.1. М психос

Труднодоступн
ченного психологи
ных методах и «ми
ние исследования
ными, однако и
ия и решения ряда
раничиваться ли
и проводить ис
приятия сознани
ния, уровне знач

Глава 3

ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ОЗНАЧЕНИЯ ВНУТРЕННЕГО ВОСПРИЯТИЯ ПРИ ЗАВИСИМОСТЯХ ОТ ПАВ

В данной главе представлены методологические возможности психосемантики при исследованиях внутреннего восприятия и результаты ряда эмпирических исследований особенностей внутреннего восприятия у людей с зависимостями от ПАВ психосемантическими методами.

3.1. Методологические возможности психосемантики при исследованиях внутреннего восприятия

Труднодоступность параметров внутреннего восприятия для объективного психологического исследования ставит вопросы о возможных методах и «мишенях» такого исследования. Психофизиологические исследования в этой сфере, по-видимому, были бы весьма интересными, однако их проведение требует дорогостоящего оборудования и решения ряда технических задач. Поэтому нам приходится пока ограничиваться лишь чисто психологическими методами исследований и проводить исследования на уровне репрезентации внутреннего восприятия сознанию, на уровне знаково-символического опосредствования, уровне значений. «Изучение феноменов телесности наиболее

разумно начать с анализа субъективной интрацептивной семантики – той категориальной сети, в ячейках которой они получают свое субъективное существование» (Тхостов, 2002, стр. 157).

Психодиагностический инструментарий квалификации психологических и психопатологических феноменов, имеющих отношение к сфере внутреннего восприятия (к ним можно отнести, например, алекситимию, ипохондрические расстройства, соматоформные вегетативные дисфункции и т.д.), представляется недостаточным и малоразработанным. При этом методы, предполагающие оценку наблюдателя, субъективны, их результаты зависят от опыта, научных установок и стиля работы исследователя, проективные техники требуют больших временных затрат, подвержены влияниям ситуации исследования и особенностей личности психолога, а их результаты и сама процедура исследования с трудом поддается унификации и стандартизации. Методы же, основанные на самоотчете испытуемого, требуют от испытуемого рефлексии, которая, по мнению некоторых исследователей, у ряда исследуемых, например у алекситимиков, к которым некоторые исследователи относят и больных наркоманией (Былкина, 1995; Redinielli, 1993), может быть недостаточна (Николаева, 1993). Перечисленные недостатки существующих подходов заставляют искать новые возможности и методы исследования. Одну из таких возможностей предоставляет психосемантический подход, который, однако, сегодня недостаточно широко используется в клинической психологии, так как методологическая база психосемантических методов, адаптированных для клинических исследований, недостаточно разработана. По мнению А.Ш. Тхостова, психосемантический подход – «довольно удобный инструмент анализа порождения и развития интрацептивных ощущений через исследование категориальной системы их фиксации» (Тхостов, 2002, стр. 157).

Психосемантические методы могут смело претендовать на высокую объективность результатов. Психосемантический подход позволяет исключить необходимость самоотчета, так как в рамках данного метода испытуемый решает задачу, не связанную с самоотчетом, и даже отрицательный результат тестирования, такой, как невозможность или неспособность решения испытуемым поставленной задачи, может служить материалом для анализа. Психосемантические методы дают

возможность получить достоверные результаты при проведении психологических исследований в таких группах, где существуют сомнения в возможности адекватного использования методов, требующих самоотчета, что позволяет значительно расширить диапазон возможных исследований, особенно в медицинской психологии, где проблема, связанная с невозможностью применения методов, основанных на самоотчете испытуемого, стоит особенно остро. Психосемантические методы не зависят от опыта, предвзятости и стиля работы интервьюера и легко поддаются унификации, стандартизации и автоматизации. Следует также отметить, что такой возможный недостаток некоторых психосемантических методов психологических исследований, как сложность и трудоемкость процедур сбора и обработки первичных результатов, нивелируется возможностью применения компьютеризации этих процедур.

Экспериментальные исследования являются методическим базисом современной психосемантики. Разработаны разнообразные методы анализа индивидуальной системы значений, такие, как метод субъективного шкалирования, ассоциативный эксперимент, метод личностных конструктов, метод классификации, метод семантического дифференциала и др. (Петренко, 1997). Большинство из используемых в настоящее время экспериментальных психосемантических методов имеют хорошо разработанную методическую базу и значительный спектр применения.

Психосемантический подход раскрывает в современной экспериментальной психологии обширные возможности исследований, неосуществимых другими методами. Его применение представляется весьма перспективным, особенно в тех случаях, когда очевидны трудности с формированием методико-методологической базы исследования, связанные с невозможностью применения других более традиционных методов (обычно опирающихся на самоотчет испытуемого) или с предполагаемой недостоверностью результатов их применения. Такие случаи часто возникают в клинко-психологических исследованиях, когда в силу психопатологических особенностей испытуемых возникают трудности с получением от них пригодного для последующего научного анализа основанного на самоотчете экспериментального материала.

Значения существуют в системе отношений с другими значениями и раскрываются через эти отношения, поэтому проведение семантического анализа подразумевает выделение семантических связей анализируемой области значений (Петренко, 1997). В общем случае в психосемантическом эксперименте, направленном на эмпирическую реконструкцию системы значений, можно выделить четыре этапа: 1) применение определенной процедуры измерения или установления семантического сходства, 2) построение матрицы сходства, 3) применение определенного алгоритма, позволяющего выделить из матрицы сходства структурную информацию, необходимую для реконструкции семантического пространства или дерева, 4) содержательная интерпретация полученных пространств или деревьев (Шмелев, 1983). Психосемантические методы дают в руки психолога-диагноста вполне алгоритмизированные процедуры, позволяющие проникнуть во внутренний мир испытуемого и получить в высокой степени индивидуализированную информацию о нем, которая, однако, сопоставима с заданными количественными критериями надежности и может быть во многих случаях подвергнута независимой перепроверке. Психосемантические методы дают диагностически значимую структурно-количественную информацию об организации индивидуальных систем значений (там же).

Согласно классификации лингвистических методов по В.Ф. Петренко, можно условно выделить три основных подхода к выявлению семантических связей: на основе синтаксических закономерностей, через статистику (установление семантических связей на основе выделения дистрибутивно-статистических связей) и через обращение исследователя к своей языковой интуиции, своему знанию языка с последующим сопоставлением своих наблюдений с реально существующими текстами (Петренко, 1988). В.А. Москович (1971) называет такой подход «лингвистической интроспекцией».

Являясь формой обобщения, значение выступает одновременно оператором классификации, упорядочивающим объекты, события окружающей действительности. Семантические компоненты значения, определяющие основания такой классификации, могут быть выделены в ряде процедур, выступающих в виде особым образом организованной деятельности испытуемых. Такими процедурами являют-

ся, например, оценка объектов (понятий) по специально отобранным и предложенным испытуемым шкалам, классификация объектов, понятий по заданному основанию, решение коммуникативных задач, организация диалога испытуемых с помощью искусственно заданных средств, выбор персонажей (методика личностных конструкторов Келли), поиск синонимов и антонимов к слову-стимулу, ассоциации, заполнение недостающего звена в предложении и т.п. (Петренко, 1988). Различные методики, применяемые в экспериментальной психосемантике, предполагают искусственно построенные деятельности, моделирующие какие-либо реальные формы речемыслительной деятельности и позволяющие выявить различные аспекты функционирования и организации системы значений. Психосемантические методы предусматривают выделение семантических связей анализируемых объектов (понятий, символов, изображений и т.д.), математическую обработку результатов и их интерпретацию (там же). В качестве примеров психосемантических методов можно привести следующие.

1. Методы реконструкции субъективных семантических пространств (Петренко, 1983, 1988, 1997; Шмелев, 1983), наиболее известным и простым вариантом которых является методика семантического дифференциала Ч. Осгуда (Osgood, 1952, 1962, 1964, 1966, 1969, 1969a, 1973 и др.; Osgood et al., 1957), где мерой сходства объектов является сходство их оценок, данных по биполярным градуальным шкалам, содержащим в качестве полюсов прилагательные-антонимы (Петренко, 1988). К этой группе также относится методика невербального семантического дифференциала Бентлера и Лавойе (Bentler, La Voie, 1972), частные семантические дифференциалы (Петренко, 1988, 1997): были построены «межличностно-поведенческий» семантический дифференциал, «мимический» семантический дифференциал, «лично-стный» семантический дифференциал и др. (там же). При этом отмечают, что теория Осгуда ограничена тем, что неспособна объяснить психологическую природу денотативных факторов семантического пространства (Шмелев, 1983).

2. Метод ассоциативного эксперимента (Deese, 1962, 1965), который, по мнению В.Ф. Петренко, является наиболее разработанной техникой семантического анализа (Петренко, 1988), и где мерой семантической связи пары объектов является сходство дистрибуций их ассоциаций (там же).

3. Метод классифика-

ции («сортировки»), разработанный Г. Миллером, и основанный на допущении, что формы классификации материала соответствуют внутренним, семантическим связям этого материала, и структура последних может быть выражена в процедуре классификации, семантическое сходство пары объектов здесь пропорционально количеству объединений их в общие классы при процедуре классификации (Miller, 1968, 1971). Метод классификации (сортировки) формально можно рассматривать как определенную разновидность процедур шкалирования, результатом классифицирования является получение для всех пар стимулов симметричного и транзитивного двухбалльного отношения сходства: если 2 данных стимула занесены в один класс, то в соответствующую клетку матрицы сходства записывается значение 1, в разные – 0. А.Г. Шмелев отмечает, ссылаясь на Г. Миллера, что в психосемантике особенно важное значение имеет классификация со свободной инструкцией, допускающей получение любого количества классов с любым количеством элементов в классе (Шмелев, 1983).

4. Метод субъективного шкалирования, где испытуемые выносят суждение о сходстве каждой пары объектов по некоторой градуальной шкале, содержание которой не задано, т.е. испытуемый сам домысливает основания классификации (Петренко, 1988).

5. Метод подстановки, родственный лингвистическому методу дистрибутивного анализа, где мерой сходства слов выступает количество контекстов, в которых эти слова взаимозаменяемы (там же).

6. Условнорефлекторные методики, где семантические связи устанавливаются на основе генерализации выработанного условного рефлекса – его переноса с одного объекта на другой, с ним семантически связанный, к этим методам относится метод семантического радикала А.Р. Лурии и О.С. Виноградовой (1971) и другие методики. А.Г. Шмелев называет семантический дифференциал, выбор из списка прилагательных и подобные методики техниками атрибутирования и говорит, что они имитируют реальный режим «употребления значений» – режим категоризации (Шмелев, 1983, стр.115).

Можно выделить прямые методы установления семантических связей между объектами (субъективное шкалирование, метод семантического радикала, метод сортировки Миллера) и опосредованные, где сходство пары объектов устанавливается путем их отнесения к

чему-то третьему: ассоциациям — в ассоциативном эксперименте; общим контекстам — в методике подстановки; сходству профилей оценок — в методе семантического дифференциала и т.д. Результаты, полученные с помощью опосредованных методов установления семантических связей, зависят от характера и полноты опосредующего звена (типа разрешенных инструкцией ассоциаций в ассоциативном эксперименте, выбора шкал в методе семантического дифференциала, контекстов — в методике подстановки), а также от задачи исследования, интуиции экспериментатора, от его знания некоторой содержательной области, позволяющей так построить опосредующее звено, чтобы затронуть все интересующие аспекты значения анализируемых объектов (Петренко, 1988). Результатом является построение матрицы сходства анализируемых объектов. Выделить структуры, лежащие в основе матрицы сходства объектов, — это задача математической обработки полученных данных. Здесь, в частности, применяются процедуры факторного анализа, так как эти методы позволяют представить меры сходства значений в виде матрицы корреляций, полученных через отнесение к опосредующему звену. Для прямых методов установления семантических связей более удобным оказывается использование процедур многомерного шкалирования, кластерного анализа, алгоритмов распознавания образов (Shepard, 1972, 1974; Shepard et al., 1961 и др.).

Этап математической обработки не порождает нового содержания, а позволяет представить исходные данные в компактной, хорошо структурированной форме, удобной для анализа и дальнейшей интерпретации (Петренко, 1988).

Психосемантические методы применяются для самых различных исследований, например, для измерения когнитивной сложности личности (Келли и его последователи) (Kelly, 1963; Келли, 2000), для исследования этнических и профессиональных стереотипов, рефлексивных структур обыденного сознания, эффективности речевого коммуникативного воздействия, мотивационных образований личности (Петренко, 1988), семантических структур межличностного восприятия в супружеских парах (Шмелев, 1983) и др., в том числе и в клинической психологии — например, исследования Е.Ю. Артемьевой (1980) больных с лобным синдромом с помощью разработанной ей психосе-

мантической методики. В последнее время в отечественной клинической психологии начали активно применяться методы классификаций (сортировок) – это, в первую очередь, предложенный А.Ш. Тхостовым и О.В. Ефремовой метод «Классификация ощущений» (Тхостов, Ефремова, 1989; Ефремова, Тхостов, 1990; Тхостов, 1991, 2002) и применявшаяся нами его модификация «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений» (ВДИО) (Елшанский, 1999, 2000, 2000а). Близкий метод («Классификация дескрипторов соматических ощущений» – КДСО) был предложен Г.А. Ариной и И.А. Виноградовой (1989) для исследования телесного и болевого опыта.

Основными преимуществами психосемантических методов по сравнению с другими существующими психодиагностическими подходами можно назвать, во-первых, их независимость от личности и поведения экспериментатора, что является очевидным преимуществом по сравнению с проективными методиками, где влияние экспериментатора как на этапе собственно тестирования, так и на этапе интерпретации результатов очень велико; во-вторых, психосемантические методы не требуют от испытуемого определенного уровня рефлексии своего психического состояния или необходимости объективного обобщения своего опыта (что часто, особенно в клинической психологии, бывает невозможным) для того, чтобы произвести необходимый самоотчет – это несомненное преимущество психосемантического подхода по отношению к применению методов самоотчета – в первую очередь опросников; в-третьих, при тестировании психосемантическими методиками у испытуемого обычно не возникает желания сознательно исказить результаты – в отличие от опросников или проективных тестов испытуемый не оказывается в ситуации, когда по причине желания соответствовать определенным социальным нормам он искажает свои ответы – психосемантические методики обычно напоминают интеллектуальную задачу, и, хотя по результатам их применения и делаются выводы об особенностях сознания и личности испытуемого, последний не воспринимает тестирование как провокацию своих возможных «недостатков», которые он хотел бы скрыть от экспериментатора; в-четвертых, в свете происходящего в последнее время значительного научно-технического прогресса в сфере информатики практически полностью исчезли существовавшие ранее трудно-

сти математико-статистической обработки результатов исследований с помощью психосемантических методик — сейчас эта обработка представляется не более трудоемкой, чем обработка результатов применения опросников. Ряд использованных в данной работе психосемантических методик были нами автоматизированы и существуют в виде компьютерных программ. Автоматизация значительно упростила и ускорила процедуры тестирования и обработки результатов. Алгоритмизация и автоматизация психосемантических методик позволила использовать даже такие тесты, при которых испытуемый практически никак не ограничен каким-либо набором выборов в своих ответах (ранее применение подобных тестов затруднялось высокой сложностью обработки их результатов).

Таким образом, методологические возможности использования современных психосемантических методов представляются очень широкими и весьма перспективными. Возможно, расширение сферы их применения позволит разрешить определенный методологический кризис, наблюдающийся в настоящее время в психологии, и обозначить пути развития психодиагностики как в ближайшие годы, так и в отдаленной перспективе.

Среди методологических подходов к исследованию значений можно условно выделить «косвенные», когда исследователь получает нужную информацию о значении или системе значений опосредствованно, не предлагая испытуемому оперировать самим этим (этими) значением — так можно исследовать различия значений абстрактной категории у разных групп людей. Примером здесь может послужить метод исследования различий значений абстрактной категории «справедливость», использованный для изучения понимания справедливости респондентами различных национальностей в четырех регионах России. Содержание категории «справедливость» определялось по результатам ответов на вопрос: «Представьте ситуацию, когда небольшой коллектив людей, включая Вас, получил некоторую сумму денег за совместно выполненную работу. Как нужно справедливо поделить деньги?». Респондентам предлагалось при этом выбрать только один из вариантов: «Поделить всю сумму поровну» (справедливость как уравнивательность); «Распределить каждому по результатам его работы» (справедливость как распределение по труду); «Больше должны

получить те, кто больше нуждается» (справедливость как удовлетворение потребностей); «Руководитель должен поделить по своему усмотрению» (справедливость как решение начальника) (Солдатова, Елшанский, 2001). Испытуемому не предлагалось что-то сделать со словом (значением) «справедливость» непосредственно, а выводы о том, какую ситуацию из предлагаемого набора он означает как «справедливость», делались по ответам на вопрос, касающийся распределения зарплаты. Наибольший интерес представляют «непосредственные» методологические подходы исследования значений. К таким методам можно отнести: исследования уровня сложности и деференцированности операциональных когнитивных механизмов индивидуальных систем значений – метод «Личностных конструкторов» Келли; исследования факторов «близости»/«удаленности» («сопоставленности»/«противопоставленности») значений в их индивидуальных системах – метод «Семантического дифференциала» и его вариации; исследование категориальной структуры индивидуальных систем значений и категориальных отношений между значениями в их индивидуальных системах – метод классификаций Миллера и его вариации; исследование связей между значениями в их индивидуальных системах – ассоциативные методы; исследование типов между значениями в их индивидуальных системах – представленный в данной работе (см. ниже) метод «Связывания слов».

Очевидно, что индивидуальные системы значений, являющиеся предметом психосемантических исследований, представляют собой сложнейшие структуры, и на сегодня решение такой, например, задачи, как создание модели индивидуальной системы значений, недоступно. Фактически это было бы равносильно созданию искусственного разума. Пока невозможно еще исследовать индивидуальные системы значений всеобъемлюще, поэтому, исследуя их, мы должны обозначить «мишени» исследования – такие характеристики индивидуальных систем значений, которые позволят получить необходимые для квалификации исследуемых феноменов внутреннего восприятия результаты.

При исследовании индивидуальных систем значений внутреннего восприятия такими «мишенями» могут быть в первую очередь интрацептивные словари. По мнению А.Ш. Тхостова, составление сло-

варя интрацептивных ощущений – наиболее простой и очевидный способ анализа интрацепции, его объем, содержание, изменения в условиях различной патологии «могли бы помочь пониманию специфических расстройств телесного восприятия» (Тхостов, 2002, стр. 157). Помимо объема словаря, который, безусловно, является крайне важным показателем, представляется интересным также соотношение различных категориальных классов в словаре, отражающее степень освоенности семантических классов индивидом. Другой интересной исследовательской «мишенью» при изучении индивидуальных систем значений внутреннего восприятия могут послужить устойчивые («типичные», «нормативные», «конвенциональные») «группировки» значений в их индивидуальных системах. При этом возможно исследование как количественных – количество и объемы «группировок», так и качественных – их содержание – показателей. Специфические для той или иной патологии особенности «группировок» и интрацептивных словарей (а также и тех «мишеней», речь о которых пойдет ниже) важны с диагностической и прогностической точек зрения. «Группировки» можно рассматривать как сложный случай связывания значений в их индивидуальной системе – их ассоциаций. Более простым является случай исследования связей между парами значений – классические ассоциации – еще одна возможная «мишень» исследования индивидуальных систем значений внутреннего восприятия. Помимо количества и содержания ассоциаций возможно изучение различных видов или типов связей между значениями. Как показали результаты проведенных исследований, использование или неиспользование определенных видов связывания значений предположительно имеет отношение к механизмам психологических защит. Интересно, что сходство ассоциаций на одинаковые стимулы у разных людей (обозначенное нами как *ассоциативная конгруэнтность* этих людей), по-видимому, имеет социально-психологическое значение. Проведенное нами исследование (Еяшанский, 2000б) показало, что ассоциативно конгруэнтные люди лучше понимают друг друга и чаще выбирают друг друга в качестве партнеров для общения. Возможной «мишенью» исследования индивидуальных систем значений может быть также категориальная сложность семантических пространств – при этом наиболее часто используемой является методика

«Семантического дифференциала». Исследования ассоциативной конгруэнтности с «типичными» больными тем или иным заболеванием, по-видимому, могут иметь диагностическое и прогностическое значение в отношении этого заболевания. Можно также проводить изучение ассоциативной конгруэнтности двух (или нескольких, рассматривая их попарно) популяционных групп. В этом случае показатели ассоциативной конгруэнтности двух групп будут определяться индивидуальными ассоциативными конгруэнтностями всех возможных пар, образованных элементами первой и второй группы между собой – первого элемента первой группы и первого элемента второй, первого элемента первой и второго элемента второй и т.д. до последнего элемента первой и последнего элемента второй. Подобный перебор всех возможных пар внутри одной группы (очевидно, что в этом случае индивидуальная конгруэнтность элемента с самим собой должна исключаться) позволит получить показатели ассоциативной конгруэнтности этой группы. Таким показателем может быть, например, отношение числа «совпавших» пар к общему (возможному) числу пар. В случае полной конгруэнтности это отношение будет равно 1, в случае полной неконгруэнтности – нулю. (Эти подходы можно использовать и как способы определения вообще уровня совпадений двух любых наборов (их можно, в принципе, рассматривать как две номинальные шкалы, две шкалы наименований) или уровня однородности одного набора.) В случае наличия для каждого респондента нескольких наборов – например наборов ассоциаций на несколько различных стимулов – сравнение двух групп может производиться отдельно по каждому набору – ассоциативным ответам на один стимул – последовательно, а затем ссуммироваться или усредняться (по количеству наборов) для каждой исследуемой пары (аналогично и в случае исследования внутри одной группы). Более простой вариант – просто вычисление числа совпадений по каждому варианту наборов (например наборы ассоциаций на одинаковый стимул) для каждой пары и ссуммирование таких чисел по этой паре для всех вариантов наборов.

Ниже представлены результаты ряда эмпирических психосемантических исследований, часть которых – исследование интрацептивного словаря больных опийной наркоманией с помощью методики «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений», исследование

группировок интрацептивных значений у больных опийной наркоманией с помощью методики «Группировка дескрипторов» и исследование ассоциаций интрацептивных значений у больных опийной наркоманией с помощью методики «Ассоциативный тест» – были непосредственно посвящены исследованиям дефицитарности семантики внутреннего восприятия при зависимостях от ПАВ (исследовательской моделью послужила опийная наркомания), другие два исследования имели к семантике собственно внутреннего восприятия только частичное отношение, однако их результаты демонстрируют важные в плане понимания ее роли в возникновении и развитии зависимостей от ПАВ феномены и определенно интересны в контексте данной работы. Исследование ассоциаций цветовых стимулов у больных опийной наркоманией с помощью методики «Цветовой ассоциативный тест» показало ненормативность ассоциативной сферы таких больных в целом (ассоциации, связанные с внутренним восприятием, здесь не являются исключением). Исследование типов связей между значениями, осуществленные на другой клинической модели зависимости от ПАВ – табакозависимости или никотинозависимости – позволило выявить защитные функции типа (вида) связывания «угрожающих» значений в их индивидуальных системах (индивидуальные системы значений внутреннего восприятия здесь, по-видимому, не исключение) и показало значимую роль психосемантического связывания в механизмах психологической защиты. Нужно также отметить, что часть стимульного материала данного исследования имела к значениям внутреннего восприятия непосредственное отношение и позволило исследовать особенности психосемантического связывания этой группы значений.

3.2. Эмпирические исследования и их результаты

3.2.1. Исследование интрацептивного словаря больных опийной наркоманией*

Исследовано 153 больных опийной наркоманией мужского пола, употреблявших наркотики парентерально не менее одного года. Воз-

* В экспериментальных исследованиях принимал участие В.В. Скобелин.

раст больных – от 15 до 37 лет, средний возраст – $22,27 \pm 0,63$ года. И контрольная группа – 372 мужчины в возрасте от 15 до 38 лет, не страдавшие ни наркоманией, ни токсикоманией. Средний возраст – $20,26 \pm 0,38$ года.

Использовалась методика «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений» (ВДИО), представляющая собой вариант методики «Классификация ощущений» (Тхостов, Ефремова, 1989; Ефремова, Тхостов, 1990).

В основе методики лежит принцип классификаций или сортировок, предложенный Г. Миллером (Тхостов, 2002). Были разработаны бланковый и компьютерный варианты методики, а также вариант с применением карточек. При тестировании испытуемому предлагается 80 слов (см. ниже), связанных с интрацептивным восприятием, из которых он должен выбрать подходящие для описания внутренних телесных ощущений; из этой группы дескрипторов испытуемый выбирает те ощущения, которые он переживал сам, и те, которые для него наиболее важны; из тех, которые он переживал сам, испытуемый выбирает те, которые описывают болезненные ощущения, а из болезненных ощущений – опасные, угрожающие здоровью и те, которые часто встречаются. Всего, таким образом, испытуемый выполняет 6 заданий (или этапов) теста, выбирая соответственно: 1) подходящие для описания внутренних телесных ощущений; 2) ощущения, которые испытуемый переживал сам; 3) болезненные ощущения; 4) опасные, угрожающие здоровью ощущения; 5) часто встречающиеся ощущения; 6) важные, значимые ощущения. В результате проведения эксперимента составляются последовательные частотные словари: 1) «общий словарь интрацептивных ощущений», 2) «знакомых по собственному опыту интрацептивных ощущений», 3) «болезненных интрацептивных ощущений», 4) «опасных, угрожающих здоровью интрацептивных ощущений», 5) «часто испытываемых интрацептивных ощущений» 6) «важных, значимых интрацептивных ощущений» (нумерация дана в соответствии с нумерацией заданий).

Далее производится расчет количества выбранных в каждом задании слов, а также количества выбранных слов для каждой из тринадцати категорий четырех видов классификации («Части речи», «Мета-

форы-телесные-психические»*, «Конкретные-диффузные»**, «Частотность») для каждого задания. Выделены следующие классы (категории) (в скобках указано общее число дескрипторов каждого класса):

1. Классификация «Части речи»: существительные (48); глаголы (11); наречия (5); прилагательные (13); причастия (3).

2. Классификация «Метафоры-телесные-психические»: метафоры (11); телесные ощущения (41); психические состояния и чувства (28).

3. Классификация «Конкретные-диффузные»: конкретные ощущения (44); диффузные ощущения (36).

4. Классификация «Частотность»: высокочастотные дескрипторы (48); среднечастотные дескрипторы (18); низкочастотные дескрипторы (14).

На основе числа выбранных дескрипторов по результатам каждого из шести заданий вычислялись (в процентах): 1) относительный показатель выбора («расчет из возможного выбора»), когда за 100% принималось число дескрипторов, предъявляемых испытуемому на данном этапе теста, т.е. учитывался фактор исключения дескрипторов на предыдущих этапах; 2) абсолютный показатель выбора («расчет от общего числа»), когда за 100% принималось общее число используемых в тесте дескрипторов (для классов различных классификаций – соответственно общее число используемых в тесте дескрипторов данного класса). Для первого этапа (задания) теста относительный показатель выбора всегда равен абсолютному, так как на этом этапе всегда используются все дескрипторы.

Стимульный материал методики был отобран на основе экспертной оценки 25 профессиональными психологами из исходного набора в 1360 слов, «которые могли, в принципе, описывать интрацептивные, телесные ощущения» (Тхостов, 2002, стр. 159). В окончательный набор из 80 слов включались дескрипторы, «высокочастотные при описании только интрацептивных ощущений, и слова, использу-

* Точнее эту классификацию можно было бы назвать «Метафоры – телесные ощущения – психические процессы, явления и состояния» (или «Метафоры – собственно телесные ощущения – психические процессы, явления и состояния, связанные с интрацептивными ощущениями»).

** Подразумеваются конкретные-диффузные ощущения.

Список дескрипторов методики ВДИО:

- | | | |
|---------------|-----------------|--------------------|
| 1. ЖЖЕНИЕ | 28. НАПРЯЖЕНИЕ | 55. ЦЕПЕНЕТЬ |
| 2. ДАВЛЕНИЕ | 29. ДЕПРЕССИЯ | 56. ВЛЕЧЕНИЕ |
| 3. ТЯЖЕСТЬ | 30. БЕСЧУВСТВИЕ | 57. ЗАНЫТЬ |
| 4. ХОЛОДОК | 31. МОХНАТЫЙ | 58. ТЕРЗАЮЩИЙ |
| 5. ГОРЯЧИЙ | 32. ШОРОХ | 59. ТОСКА |
| 6. ТЕМНЫЙ | 33. ГРОМКО | 60. ПРЕСЫЩЕНИЕ |
| 7. ЗАЩЕКОТАТЬ | 34. ЖУЖЖАНИЕ | 61. ЖУТКО |
| 8. БОЛЬ | 35. ЦАРАПНУТЬ | 62. УДОВОЛЬСТВИЕ |
| 9. ГОЛОД | 36. ТВЕРДЫЙ | 63. ОТРАВЛЕНИЕ |
| 10. ТРЕСК | 37. ВСПЫШКА | 64. ОПЬЯНЕНИЕ |
| 11. ОНЕМЕНИЕ | 38. ВСПЛЕСК | 65. ВОЗБУЖДЕНИЕ |
| 12. СЛАБОСТЬ | 39. УПРУГИЙ | 66. ПРЕДЧУВСТВИЕ |
| 13. ДРОЖЬ | 40. ШЕПОТ | 67. ЖАР |
| 14. ЗУД | 41. МОКРЫЙ | 68. ОПУСТОШЕНИЕ |
| 15. УКОЛ | 42. ЛОМОТА | 69. СТРАДАНИЕ |
| 16. ПОКОЙ | 43. ЛАСКАЮЩИЙ | 70. БЛАЖЕНСТВОВАТЬ |
| 17. ЛЕГКОСТЬ | 44. ВЛАЖНЫЙ | 71. ИЗНУРЯЮЩИЙ |
| 18. ДВИЖЕНИЕ | 45. ЗВЕНЕТЬ | 72. ГРУСТЬ |
| 19. ТОШНОТА | 46. ГОРЬКИЙ | 73. УДУШЬЕ |
| 20. БИЕНИЕ | 47. СТУК | 74. МУЧИТЕЛЬНО |
| 21. ПРИЯТНЫЙ | 48. ВКУСНЫЙ | 75. ИСТОЩЕНИЕ |
| 22. ПРОТИВНЫЙ | 49. МЕРЦАНИЕ | 76. ПРОНЗАТЬ |
| 23. ОЖОГ | 50. СЖИМАТЬСЯ | 77. ЗНОБИТЬ |
| 24. ЛИПКИЙ | 51. УТИХАТЬ | 78. УЧАЩАТЬСЯ |
| 25. УСТАЛОСТЬ | 52. ЛИХОРАДКА | 79. ПЛОХО |
| 26. НЕВМОГОТУ | 53. ОТЧАЯНИЕ | 80. ПОДАВЛЕННОСТЬ |
| 27. ВЯЛЫЙ | 54. ТРЕВОГА | |

емые с равной вероятностью» для описания как интрацептивных, так и экстрацептивных ощущений (там же, стр. 160).

Параллельно исследованию с помощью методики ВДИО проводилось тестирование испытуемых еще четырьмя психологическими тестами (подробнее см. ниже).

В процессе исследования с помощью методики ВДИО было обнаружено, что больные наркоманией выбирают во всех заданиях теста большее количество дескрипторов, чем здоровые испытуемые. Результаты в группе больных наркоманией были выше по всем параметрам

теста (как по относительным показателям выбора, так и по абсолютным). При этом между группами больных наркоманией и здоровых испытуемых были выявлены статистически значимые различия (критерий Манна-Уитни*, $p < 0,05^{**}$) по следующим параметрам теста:

Количество дескрипторов, подходящих для описания интрацептивных ощущений (задание 1). (Для 1-го этапа (задания) теста абсолютный показатель выбора всегда равен относительному, так как испытуемому на этом этапе предъявляется весь набор слов-дескрипторов.)

Количество дескрипторов, подходящих для описания ощущений: испытанных; болезненных; опасных, угрожающих здоровью; часто встречающихся и важных, значимых (абсолютный показатель выбора) (задания 2, 3, 4, 5 и 6).

Количество дескрипторов (в процентном соотношении от числа предъявляемых на конкретном этапе теста), подходящих для описания ощущений: испытанных; болезненных и важных, значимых (относительный показатель выбора) (задания 2, 3, 6).

Для часто встречающихся и важных, значимых ощущений (задания 4 и 5) статистически значимых различий относительных показателей выбора установлено не было, хотя средние значения в группе больных наркоманией были выше.

Результаты исследований с помощью методики ВДИО приведены в таблицах 2 и 3. (При анализе результатов наибольшее внимание уделялось результатам первого задания теста – количеству дескрипторов, подходящих для описания интрацептивных ощущений, так как при выполнении этого задания все испытуемые находились в равных условиях по количеству предъявляемых дескрипторов.)

* Непараметрические критерии и методы использовались ввиду того, что некоторые исследовавшиеся переменные не были распределены нормально. По мнению Е.Ю. Артемьевой, непараметрические статистические критерии позволяют перейти «от статистики численных результатов к статистике по логике результатов» (Артемьева, 1980, стр. 110), являются критериями «для проверки гипотез, содержательно интерпретируемых как «однонаправленность результатов», «наличие тенденций» и т.п.» (там же).

^{**} Здесь и далее: p – уровень доверительной вероятности.

Таблица 2

Среднее количество дескрипторов, выбираемых испытуемыми на различных этапах теста ВДИО («Из возможного выбора»)

Этап (задание)	Больные наркоманией	Контрольная группа
1. Количество дескрипторов, подходящих для описания интрацептивных ощущений *	64,38±2,81	36,81±2,61
2. Количество дескрипторов, подходящих для описания испытанных ощущений *	87,20±2,05	75,24±2,59
3. Количество дескрипторов, подходящих для описания болезненных ощущений *	51,71±2,80	39,48±2,76
4. Количество дескрипторов, подходящих для описания опасных, угрожающих здоровью ощущений	53,23±3,37	45,33±4,14
5. Количество дескрипторов, подходящих для описания часто встречающихся ощущений	58,42±3,34	50,41±4,63
6. Количество дескрипторов, подходящих для описания важных, значимых ощущений *	51,30±2,98	35,05±2,51

Расчет «Из возможного выбора», т.е. вычисляется процент выбранных из общего числа предъявляемых на этапе (число которых принимается за 100%) дескрипторов (относительный показатель выбора).

* – параметры, для которых были обнаружены статистически значимые различия.

«Профили» относительных и абсолютных показателей выбора дескрипторов для разных заданий теста представлены на рисунках 4 и 5 соответственно.

В таблице 4 представлены частоты выборов различных слов для первого задания теста.

Для результатов теста ВДИО (задание 1 – выбор дескрипторов, подходящих для описания интрацептивных ощущений – параметры «общего» интрацептивного словаря) были рассчитаны средние частоты выборов дескрипторов по различным классам четырех классификаций для выборок больных наркоманией и здоровых испытуемых. Обнаружено, что больные наркоманией выбирают большее число дес-

Таблица 3

Среднее количество дескрипторов, выбираемых испытуемыми на различных этапах теста ВДИО («От общего числа»)

Этап (задание)	Больные наркоманией	Контрольная группа
1. Количество дескрипторов, подходящих для описания интрацептивных ощущений *	64,38±2,81	36,81±2,61
2. Количество дескрипторов, подходящих для описания испытанных ощущений *	57,41±3,29	27,55±2,23
3. Количество дескрипторов, подходящих для описания болезненных ощущений *	29,64±2,32	10,91±1,18
4. Количество дескрипторов, подходящих для описания опасных, угрожающих здоровью ощущений *	16,76±1,92	5,44±0,82
5. Количество дескрипторов, подходящих для описания часто встречающихся ощущений *	18,48±2,00	5,25±0,85
6. Количество дескрипторов, подходящих для описания важных, значимых ощущений *	28,54±2,30	9,90±1,04

Расчет «От общего числа», т.е. вычисляется процент выбранных дескрипторов от общего числа дескрипторов (80), число которых принимается за 100% (абсолютный показатель выбора).

* – параметры, для которых были обнаружены статистически значимые различия.

крипторов по всем классам всех исследованных классификаций. Результаты представлены в таблице 5 (в процентах от максимально возможного выбора).

«Профили» по четырем видам классификаций теста для больных наркоманией и здоровых испытуемых приводятся на рисунке 6.

Наиболее различающимися классами оказались классы «Метафор», «Низкочастотных», «Прилагательных» и «Существительных». Наименее различались глагольные формы – собственно глаголы и причастия, а также классы «Высокочастотных» и «Телесных». Эти различия наиболее наглядны, если их представить относительно – в виде отношений «больные/здоровые» и «здоровые/больные» (табл. 6).

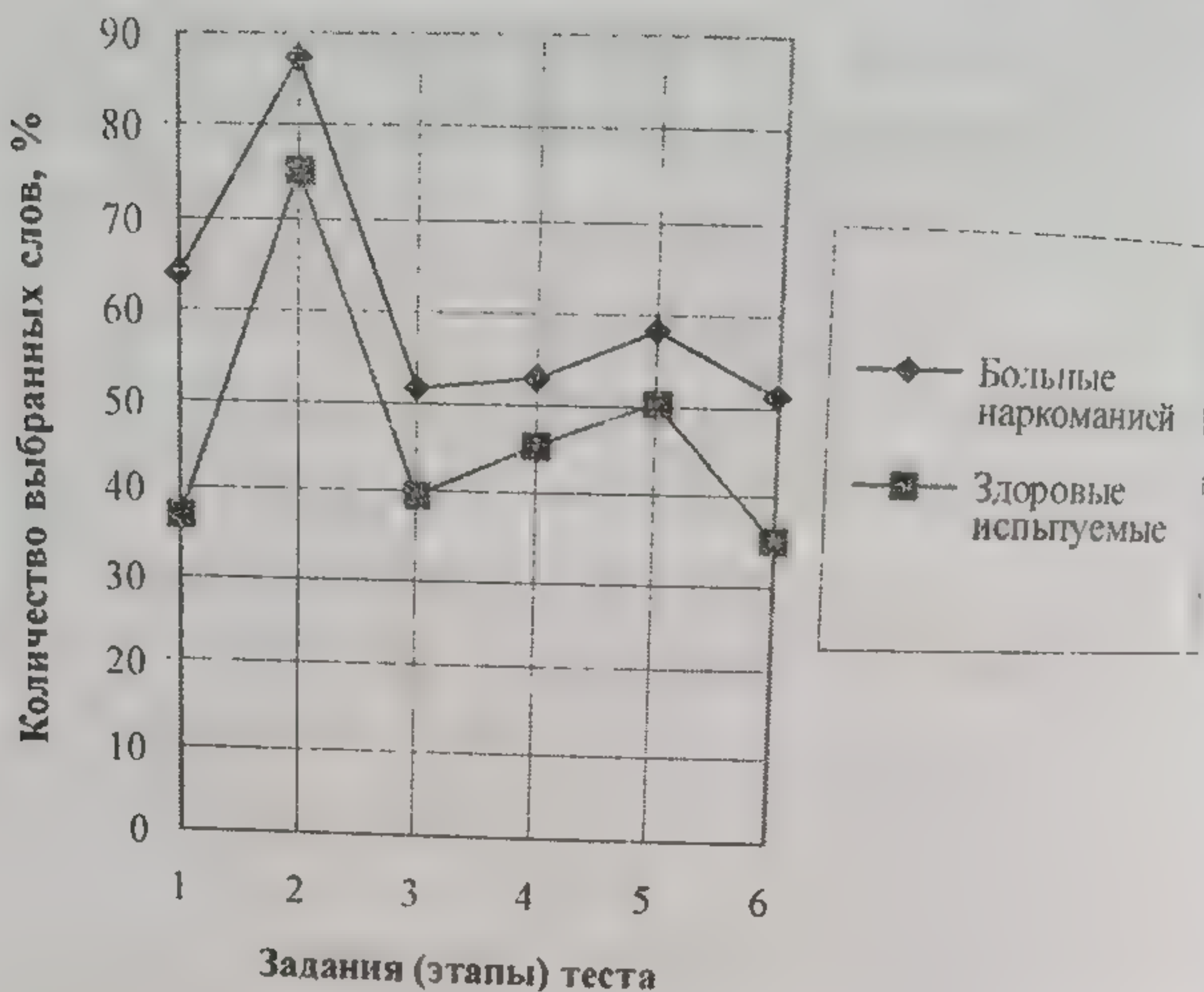


Рис. 4. Относительные показатели выбора дескрипторов для разных заданий теста «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений»

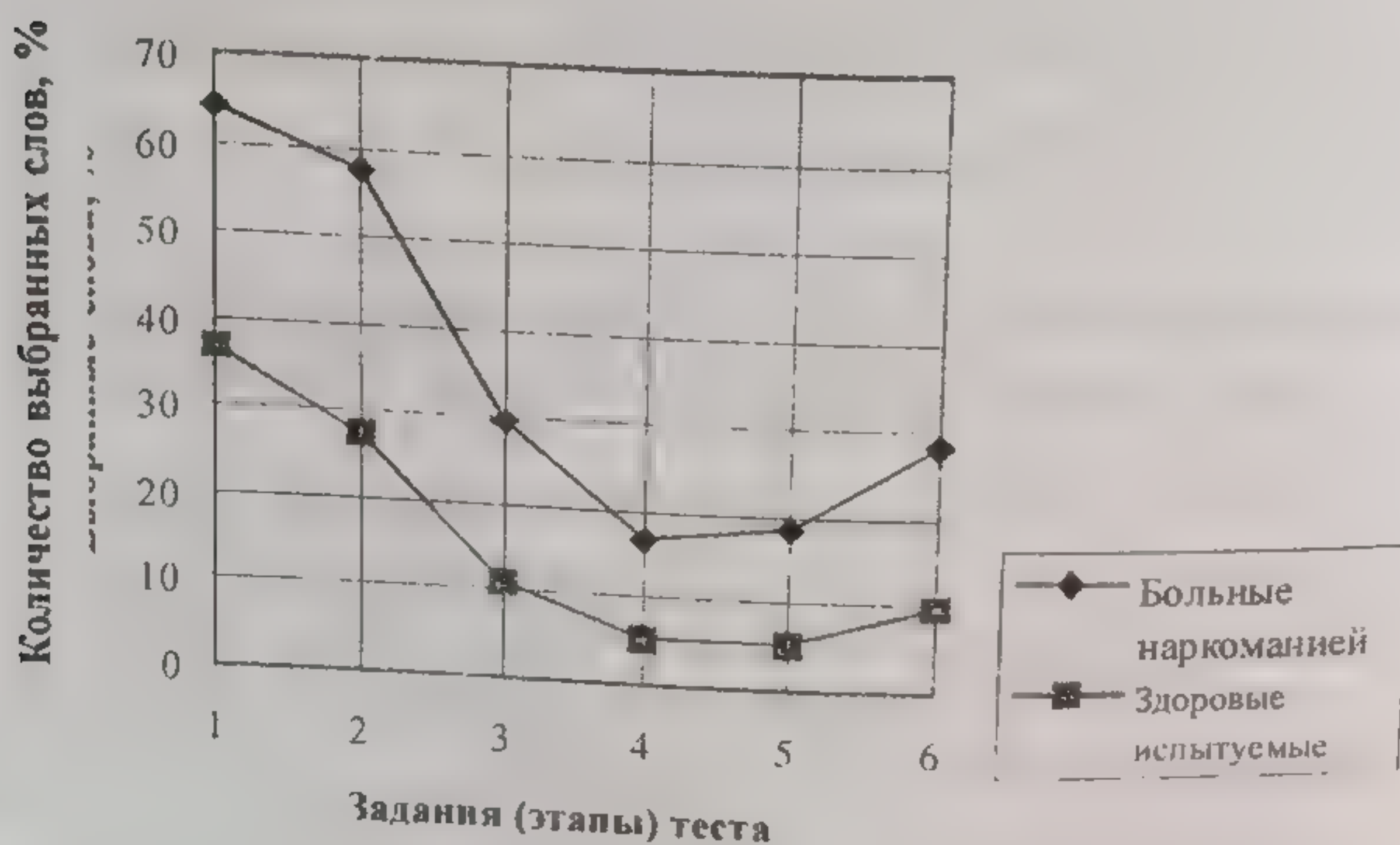


Рис. 5. Абсолютные показатели выбора дескрипторов для разных заданий теста «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений»

Частотность выбора дескрипторов

Слово	Частотность выбора (%)
1. ЖЖЕНИЕ	
2. ДАВЛЕНИЕ	
3. ТЯЖЕСТЬ	
4. ХОЛОДОК	
5. ГОРЯЧИЙ	
6. ТЕМНЫЙ	
7. ЗАЩЕКОТАТЬ	
8. БОЛЬ	
9. ГОЛОД	
10. ТРЕСК	
11. ОНЕМЕНИЕ	
12. СЛАБОСТЬ	
13. ДРОЖЬ	
14. ЗУД	
15. УКОЛ	
16. ПОКОЙ	
17. ЛЕГКОСТЬ	
18. ДВИЖЕНИЕ	
19. ТОШНОТА	
20. БИЕНИЕ	
21. ПРИЯТНЫЙ	
22. ПРОТИВНЫЙ	
23. ОЖОГ	
24. ЛИПКИЙ	
25. УСТАЛОСТЬ	
26. НЕВМОГОТУ	
27. ВЯЛЫЙ	
28. НАПРЯЖЕНИЕ	
29. ДЕПРЕССИЯ	
30. БЕСЧУВСТВИЕ	
31. МОХНАТЫЙ	
32. ШОРОХ	
33. ГРОМКО	
34. ЖУЖЖАНИЕ	
35. ЦАРАПНУТЬ	
36. ТВЕРДЫЙ	
37. ВСПЫШКА	
38. ВСЛЫСЕК	
39. УПРУГИЙ	
40. ЦИПНОТ	

Слово выбора

Таблица 4

Частотность выбора слов на первом этапе теста ВДИО

Группа больных опийной наркоманией		Группа здоровых испытуемых	
Слово	%	Слово	%
1. ЖЖЕНИЕ	64	1. ЖЖЕНИЕ	51
2. ДАВЛЕНИЕ	79	2. ДАВЛЕНИЕ	55
3. ТЯЖЕСТЬ	76	3. ТЯЖЕСТЬ	51
4. ХОЛОДОК	69	4. ХОЛОДОК	43
5. ГОРЯЧИЙ	67	5. ГОРЯЧИЙ	28
6. ТЕМНЫЙ	33	6. ТЕМНЫЙ	4
7. ЗАЩЕКОТАТЬ	60	7. ЗАЩЕКОТАТЬ	25
8. БОЛЬ	93	8. БОЛЬ	85
9. ГОЛОД	83	9. ГОЛОД	72
10. ТРЕСК	31	10. ТРЕСК	13
11. ОНЕМЕНИЕ	86	11. ОНЕМЕНИЕ	55
12. СЛАБОСТЬ	93	12. СЛАБОСТЬ	66
13. ДРОЖЬ	76	13. ДРОЖЬ	66
14. ЗУД	71	14. ЗУД	51
15. УКОЛ	74	15. УКОЛ	34
16. ПОКОЙ	88	16. ПОКОЙ	43
17. ЛЕГКОСТЬ	86	17. ЛЕГКОСТЬ	55
18. ДВИЖЕНИЕ	55	18. ДВИЖЕНИЕ	28
19. ТОШНОТА	83	19. ТОШНОТА	72
20. БИЕНИЕ	74	20. БИЕНИЕ	60
21. ПРИЯТНЫЙ	62	21. ПРИЯТНЫЙ	40
22. ПРОТИВНЫЙ	60	22. ПРОТИВНЫЙ	28
23. ОЖОГ	55	23. ОЖОГ	38
24. ЛИПКИЙ	36	24. ЛИПКИЙ	13
25. УСТАЛОСТЬ	79	25. УСТАЛОСТЬ	64
26. НЕВМОГОТУ	69	26. НЕВМОГОТУ	38
27. ВЯЛЫЙ	79	27. ВЯЛЫЙ	43
28. НАПРЯЖЕНИЕ	88	28. НАПРЯЖЕНИЕ	64
29. ДЕПРЕССИЯ	81	29. ДЕПРЕССИЯ	36
30. БЕСЧУВСТВИЕ	55	30. БЕСЧУВСТВИЕ	38
31. МОХНАТЫЙ	10	31. МОХНАТЫЙ	6
32. ШОРОХ	19	32. ШОРОХ	4
33. ГРОМКО	33	33. ГРОМКО	11
34. ЖУЖЖАНИЕ	29	34. ЖУЖЖАНИЕ	6
35. ЦАРАПНУТЬ	38	35. ЦАРАПНУТЬ	21
36. ТВЕРДЫЙ	41	36. ТВЕРДЫЙ	17
37. ВСПЫШКА	55	37. ВСПЫШКА	15
38. ВСПЛЕСК	52	38. ВСПЛЕСК	13
39. УПРУГИЙ	50	39. УПРУГИЙ	26
40. ШЕПОТ	36	40. ШЕПОТ	11

100% – слово выбрали все респонденты группы, 0% – не выбрал никто

таблица 4 (окончание)

Группа больных опийной наркоманией		Группа здоровых испытуемых	
Слово	%	Слово	%
41. МОКРЫЙ	48	41. МОКРЫЙ	21
42. ЛОМОТА	95	42. ЛОМОТА	62
43. ЛАСКАЮЩИЙ	50	43. ЛАСКАЮЩИЙ	28
44. ВЛАЖНЫЙ	55	44. ВЛАЖНЫЙ	23
45. ЗВЕНЕТЬ	33	45. ЗВЕНЕТЬ	17
46. ГОРЬКИЙ	57	46. ГОРЬКИЙ	19
47. СТУК	41	47. СТУК	17
48. ВКУСНЫЙ	62	48. ВКУСНЫЙ	19
49. МЕРЦАНИЕ	26	49. МЕРЦАНИЕ	4
50. СЖИМАТЬСЯ	67	50. СЖИМАТЬСЯ	45
51. УТИХАТЬ	60	51. УТИХАТЬ	36
52. ЛИХОРАДКА	50	52. ЛИХОРАДКА	38
53. ОТЧАЯНИЕ	64	53. ОТЧАЯНИЕ	28
54. ТРЕВОГА	61	54. ТРЕВОГА	43
55. ЦЕПЕНЕТЬ	64	55. ЦЕПЕНЕТЬ	30
56. ВЛЕЧЕНИЕ	83	56. ВЛЕЧЕНИЕ	49
57. ЗАНЫТЬ	67	57. ЗАНЫТЬ	49
58. ТЕРЗАЮЩИЙ	60	58. ТЕРЗАЮЩИЙ	42
59. ТОСКА	76	59. ТОСКА	47
60. ПРЕСЫЩЕНИЕ	55	60. ПРЕСЫЩЕНИЕ	36
61. ЖУТКО	57	61. ЖУТКО	32
62. УДОВОЛЬСТВИЕ	91	62. УДОВОЛЬСТВИЕ	55
63. ОТРАВЛЕНИЕ	79	63. ОТРАВЛЕНИЕ	51
64. ОПЬЯНЕНИЕ	81	64. ОПЬЯНЕНИЕ	58
65. ВОЗБУЖДЕНИЕ	86	65. ВОЗБУЖДЕНИЕ	68
66. ПРЕДЧУВСТВИЕ	81	66. ПРЕДЧУВСТВИЕ	45
67. ЖАР	86	67. ЖАР	49
68. ОПУСТОШЕНИЕ	67	68. ОПУСТОШЕНИЕ	42
69. СТРАДАНИЕ	83	69. СТРАДАНИЕ	43
70. БЛАЖЕНСТВОВАТЬ	79	70. БЛАЖЕНСТВОВАТЬ	36
71. ИЗНУРЯЮЩИЙ	62	71. ИЗНУРЯЮЩИЙ	32
72. ГРУСТЬ	83	72. ГРУСТЬ	38
73. УДУШЬЕ	55	73. УДУШЬЕ	49
74. МУЧИТЕЛЬНО	64	74. МУЧИТЕЛЬНО	34
75. ИСТОЩЕНИЕ	79	75. ИСТОЩЕНИЕ	40
76. ПРОИЗАТЬ	33	76. ПРОИЗАТЬ	28
77. ЗНОБИТЬ	91	77. ЗНОБИТЬ	68
78. УЧАЩАТЬСЯ	67	78. УЧАЩАТЬСЯ	43
79. ПЛОХО	81	79. ПЛОХО	32
80. ПОДАВЛЕННОСТЬ	81	80. ПОДАВЛЕННОСТЬ	43

Количество
интрацептивных
классификаций
(выбор)

Общая частота

"Глаголы"

"Существительные"

"Наречия"

"Прилагательные"

"Причастия"

"Метафоры"

"Телесные"

"Психические"

Классификация

"Конкретные"

"Диффузные"

"Низкочастотные"

"Среднечастотные"

"Высокочастотные"

Проведенное исследование
с участием 93 мужчин
в возрасте 1.24 года (Группа)
представляет собой выборку
числа, чем у
и классификация
полученными

Таблица 5

Количество дескрипторов, использующихся для описания интрацептивных ощущений по различным классам четырех классификаций для первого задания теста ВДИО (выбор дескрипторов, подходящих для описания интрацептивных ощущений, в %)

Класс	Средняя частота выборов	
	Больные наркоманней	Здоровые испытуемые
Общая частота выборов	64.35	36.81
<i>Классификация "Части речи"</i>		
"Глаголы"	58.70	34.40
"Существительные"	69.97	42.85
"Наречия"	60.87	28.62
"Прилагательные"	51.51	20.82
"Причастия"	56.52	32.03
<i>Классификация "Метафоры-Телесные-Психические"</i>		
"Метафоры"	34.78	8.73
"Телесные"	65.54	40.79
"Психические"	74.22	42.02
<i>Классификация "Конкретные-Диффузные"</i>		
"Конкретные"	57.71	33.24
"Диффузные"	72.46	41.18
<i>Классификация "Частотность"</i>		
"Низкочастотные"	38.66	10.92
"Среднечастотные"	59.78	29.74
"Высокочастотные"	73.55	47.02

Проведенное Н.А. Грюнталь исследование с помощью теста ВДИО другой выборки больных опийной наркоманией (100 человек, 7 женщин и 93 мужчины в возрасте от 16 до 35 лет, при среднем возрасте $23,5 \pm 1,24$ года) (Грюнталь, 2002) показало сходные с полученными в представляемом исследовании результаты (табл. 7, 8 и рис. 7, 8), хотя общее число выборов было немного меньше (но при этом существенно больше, чем у здоровых испытуемых) и, соответственно, «профили» классификаций были несколько «ниже» (однако сходны по форме с полученными нами) (результаты по первому заданию теста см. в

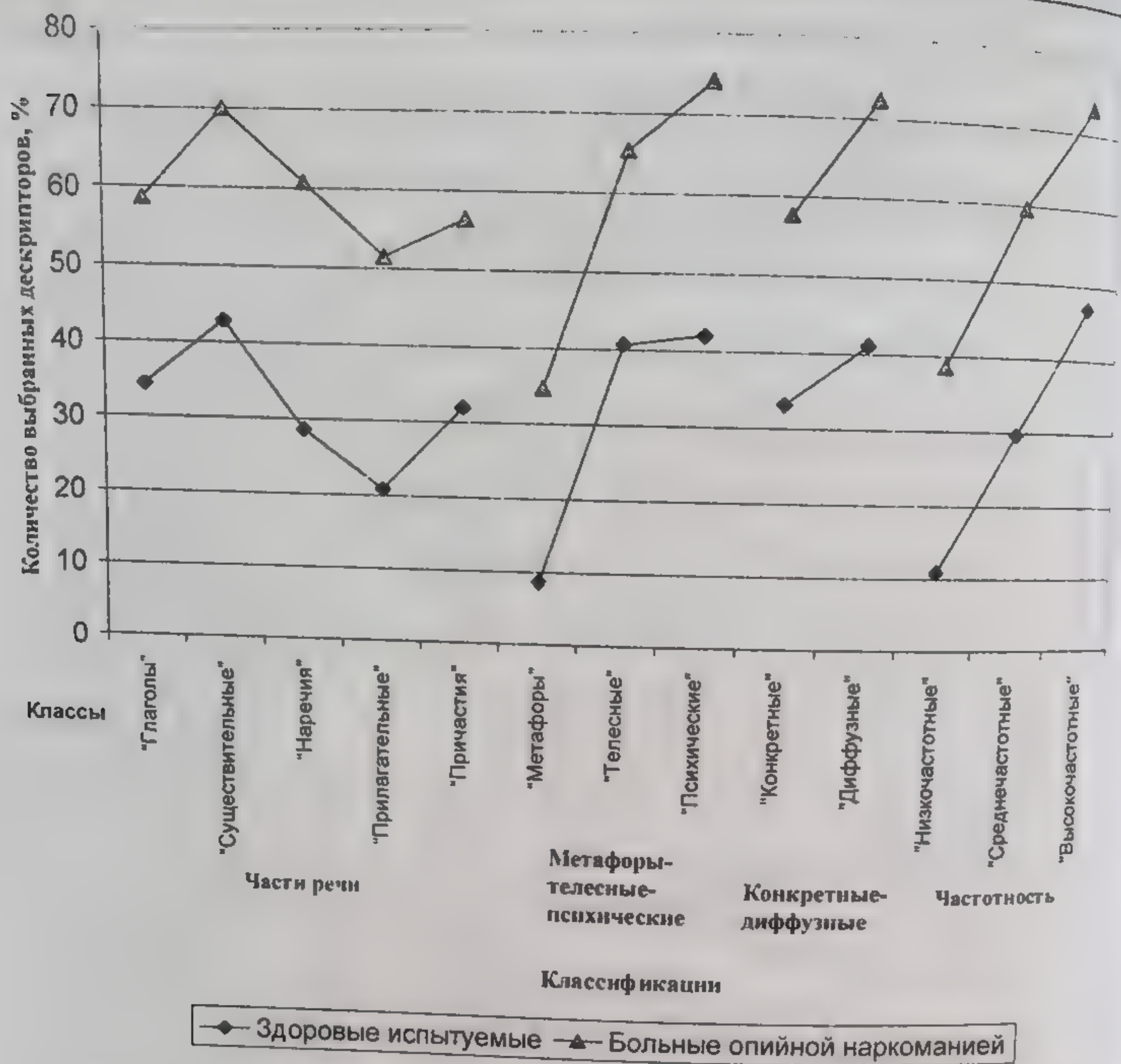


Рис. 6. «Профили» по классам четырех классификаций теста ВДИО для больных наркоманией и здоровых испытуемых

табл. 9 и на рис. 9, 10). В таблицах 7–9 и на рисунках 7–10, на которых представлены «профили» по этапам и для классификаций «Части речи» и «Метафоры-телесные-психические» по результатам первого этапа: «исследование 1» – представляемое исследование, «исследование 2» – результаты Н.А. Грюнталь.

Таким образом, обнаруженная у больных опийной наркоманией тенденция к большому объему интрацептивного словаря, а также его категориальная структура достаточно стабильны при повторном исследовании.

Таблица 6

Отношения средних показателей количества дескрипторов, использующихся для описания интрацептивных ощущений по различным классам четырех классификаций для первого задания теста «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений» (выбор дескрипторов, подходящих для описания интрацептивных ощущений) между группами больных опиоидной наркоманией и здоровых испытуемых

Класс	Отношение "больные/здоровые"	Отношение "здоровые/больные"
Общая частота выборов	1,75	0,57
<i>Классификация "Части речи"</i>		
"Глаголы"	1,71	0,58
"Существительные"	2,44	0,61
"Наречия"	2,13	0,47
"Прилагательные"	2,47	0,40
"Причастия"	1,76	0,57
<i>Классификация "Метафоры-Телесные-Психические"</i>		
"Метафоры"	3,98	0,25
"Телесные"	1,61	0,62
"Психические"	1,77	0,57
<i>Классификация "Конкретные-Диффузные"</i>		
"Конкретные"	1,74	0,58
"Диффузные"	1,76	0,57
<i>Классификация "Частотность"</i>		
"Низкочастотные"	3,54	0,28
"Среднечастотные"	2,01	0,50
"Высокочастотные"	1,56	0,64

Использование больными наркоманисй значительно бóльшего (по сравнению с контрольной группой) количества дескрипторов как подходящих для описания интрацептивных ощущений, а также ощущений: испытанных; болезненных; опасных, угрожающих здоровью; часто встречающихся и важных, значимых – по нашему мнению, отражает их неспособность вербализовать собственный внутренний опыт и говорит о диффузности и недифференцированности индивидуального словаря этого опыта (под «диффузностью и/или недифференцированностью интрацептивного словаря (или словаря внутреннего опыта)» мы понимаем неспособность или сниженную способность различать и использовать слова, относящиеся к интрацептивным

Таблица 7

Среднее количество дескрипторов, выбираемых больными опийной наркоманией на различных этапах теста ВДИО для двух исследований («Из возможного выбора»)

Этап (задание)	Результаты исследования 1	Результаты исследования 2
1. Количество дескрипторов, подходящих для описания интрацептивных ощущений	64,4	57,9
2. Количество дескрипторов, подходящих для описания испытанных ощущений	87,2	85,6
3. Количество дескрипторов, подходящих для описания болезненных ощущений	51,7	47,6
4. Количество дескрипторов, подходящих для описания опасных, угрожающих здоровью ощущений	53,2	57,0
5. Количество дескрипторов, подходящих для описания часто встречающихся ощущений	58,4	51,2
6. Количество дескрипторов, подходящих для описания важных, значимых ощущений	51,3	46,1

Расчет «Из возможного выбора», т.е. вычисляется процент выбранных из общего числа предъявляемых на этапе (число которых принимается за 100%) дескрипторов (относительный показатель выбора).

ощущениям, а также адекватно понимать их значения). Мы не интерпретируем большой объем интрацептивных словарей у больных наркоманией просто как повышенную вербализуемость внутреннего опыта или чрезмерную способность к вербализации внутреннего опыта, поскольку помимо неадекватно больших объемов интрацептивных словарей мы обнаружили также другие особенности интрацептивного означения у больных опийной наркоманией, говорящие в пользу диффузности и недифференцированности интрацептивных словарей. Во-первых, это специфический стиль ответов больных наркоманией на тест — они часто говорили, что не могут определить, подходит ли данный дескриптор к вопросу инструкции, «метались» между выбором и невыбором, проявляли неуверенность, просили помощи у экспери-

Таблица 8

Среднее количество дескрипторов, выбираемых больными опийной наркоманией на различных этапах теста ВДИО для двух исследований («От общего числа»)

Этап (задание)	Результаты исследования 1	Результаты исследования 2
1. Количество дескрипторов, подходящих для описания интрацептивных ощущений	64,4	57,9
2. Количество дескрипторов, подходящих для описания испытанных ощущений	57,4	50,3
3. Количество дескрипторов, подходящих для описания болезненных ощущений	29,6	24,5
4. Количество дескрипторов, подходящих для описания опасных, угрожающих здоровью ощущений	16,8	13,3
5. Количество дескрипторов, подходящих для описания часто встречающихся ощущений	18,5	14,0
6. Количество дескрипторов, подходящих для описания важных, значимых ощущений	28,5	23,5

Расчет «От общего числа», т.е. вычисляется процент выбранных дескрипторов от общего числа дескрипторов (80), число которых принимается за 100% (абсолютный показатель выбора).

ментатора, произносили выражения типа «ну ладно, пусть подходит...» «не знаю, наверное, можно выбрать...» и тому подобное, чего не наблюдалось у здоровых испытуемых, которые выбирали дескрипторы четко и уверенно. Во-вторых, практически все больные отмечали у себя субъективные трудности с вербализацией своих интрацептивных ощущений. В-третьих, предлагаемая интерпретация результатов как диффузности и/или недифференцированности интрацептивного словаря хорошо согласуется с данными литературы о недифференцированности различных сфер психического у больных наркоманией (Thome, 1990; Букановская, 1992; Былкина, 1995; Бузина, 1998 и др.), а также с результатами, полученными нами по тесту «Спрятанные фигуры» Г. Виткина, обнаружившими у больных опийной нар-

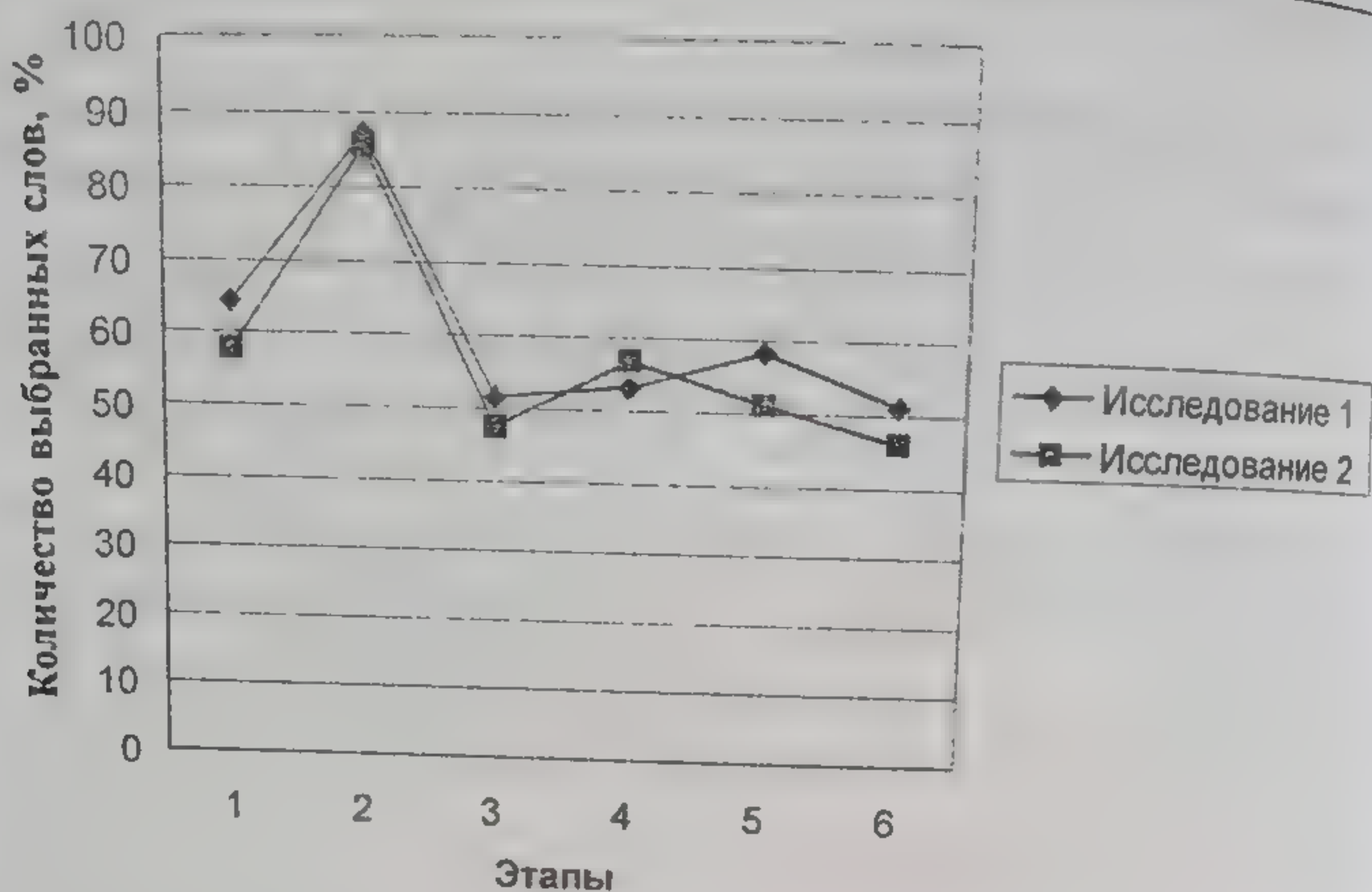


Рис. 7. Относительные показатели выбора дескрипторов на шести этапах теста ВДИО для двух исследований больных опийной наркоманией

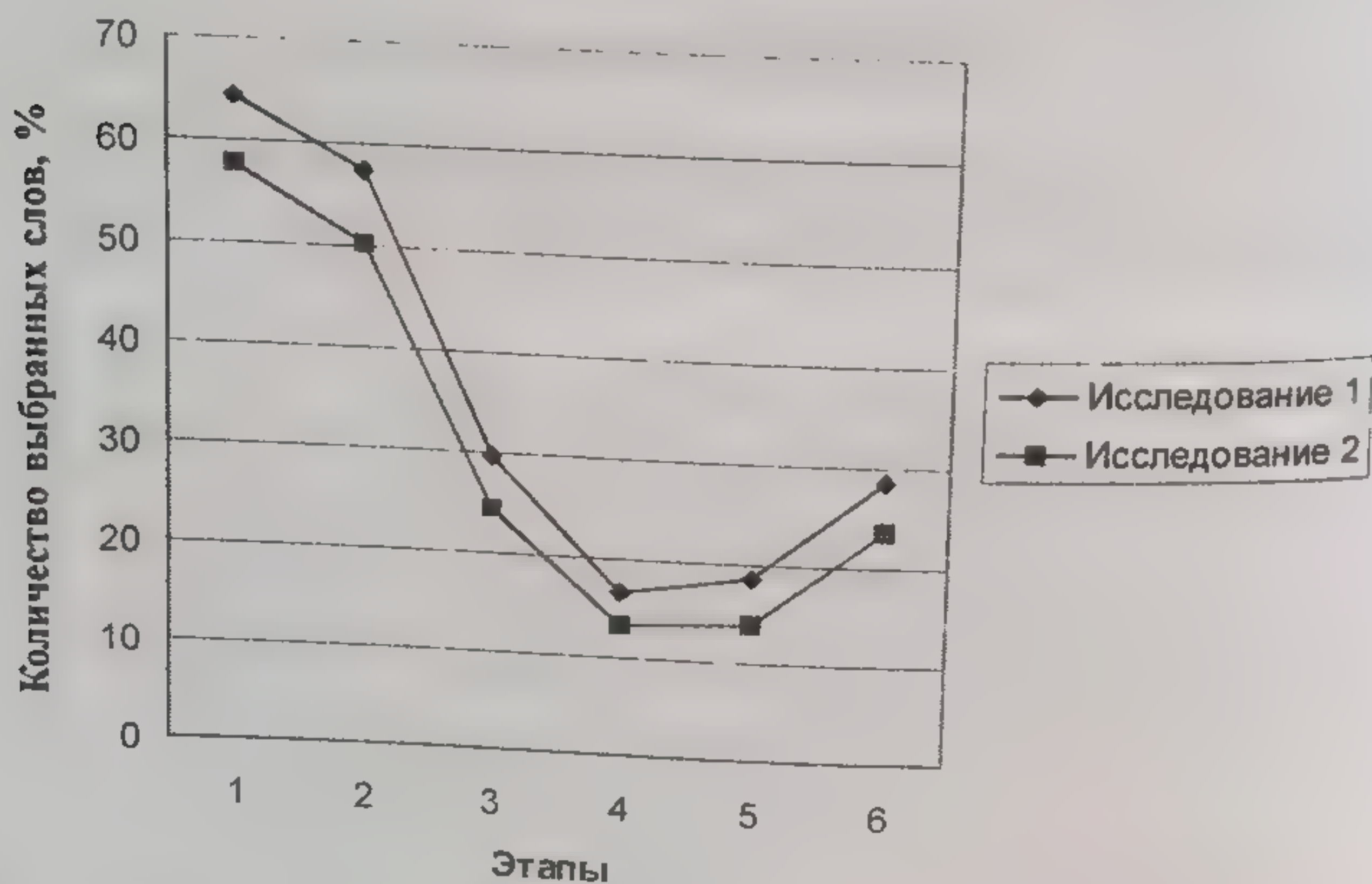


Рис. 8. Абсолютные показатели выбора дескрипторов на шести этапах теста ВДИО для двух исследований больных опийной наркоманией

Таблица 9

Количество дескрипторов, использующихся для описания интрацептивных ощущений по различным классам четырех классификаций для первого задания теста ВДИО (выбор дескрипторов, подходящих для описания интрацептивных ощущений (средние в %, округление до целого числа)) – сравнение 2-х исследований больных опийной наркоманией

Класс	Средняя частота выборов	
	Результаты исследования 1	Результаты исследования 2
Общая частота выборов	64	58
<i>Классификация "Части речи"</i>		
"Глаголы"	59	48
"Существительные"	70	65
"Наречия"	61	56
"Прилагательные"	52	41
"Причастия"	57	41
<i>Классификация "Метафоры-Телесные-Психические"</i>		
"Метафоры"	35	27
"Телесные"	66	60
"Психические"	74	67
<i>Классификация "Конкретные-Диффузные"</i>		
"Конкретные"	58	51
"Диффузные"	72	66
<i>Классификация "Частотность"</i>		
"Низкочастотные"	39	30
"Среднечастотные"	60	51
"Высокочастотные"	74	68

команией крайне высокий уровень когнитивной недифференцированности (см. подробнее ниже, а также: Елшанский, 1999). В-четвертых, выбранная нами интерпретация согласуется с обнаруженной высокой степенью метафоризации интрацептивного значения (больные наркоманией намного чаще, чем здоровые испытуемые, включали в свои интрацептивные словари дескрипторы типа «темный», «мохнатый», «шорох», «громко», «жужжание», «вспышка», «всплеск», «шепот» и т.д (см. подробнее ниже)) – необходимость использования переносных смыслов также можно рассматривать как проявление диффузности и недифференцированности интрацептивного словаря. В-пятых,

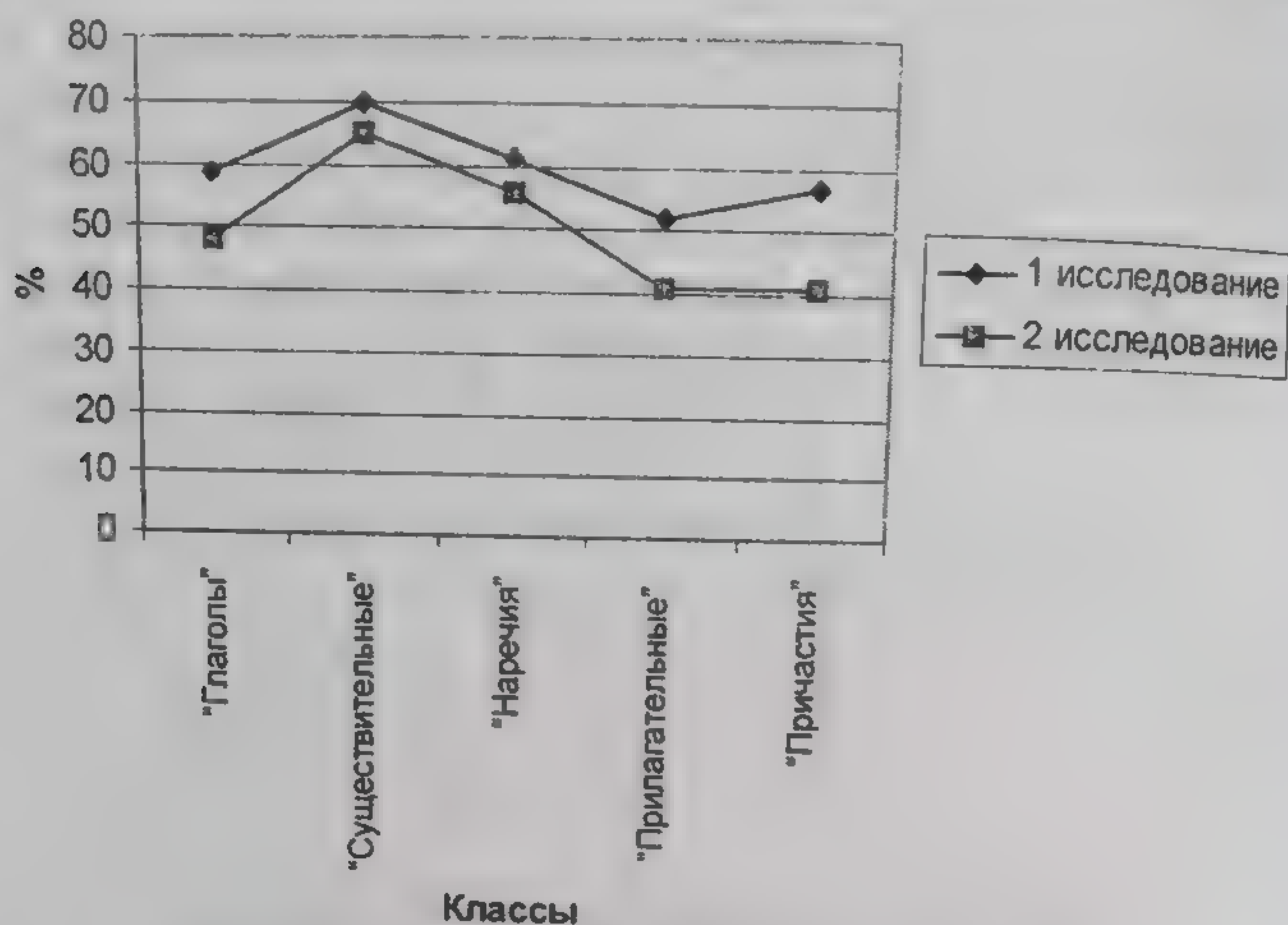


Рис. 9. Сравнение результатов двух исследований больных опийной наркоманией (первый этап теста ВДИО). Классификация «Части речи»

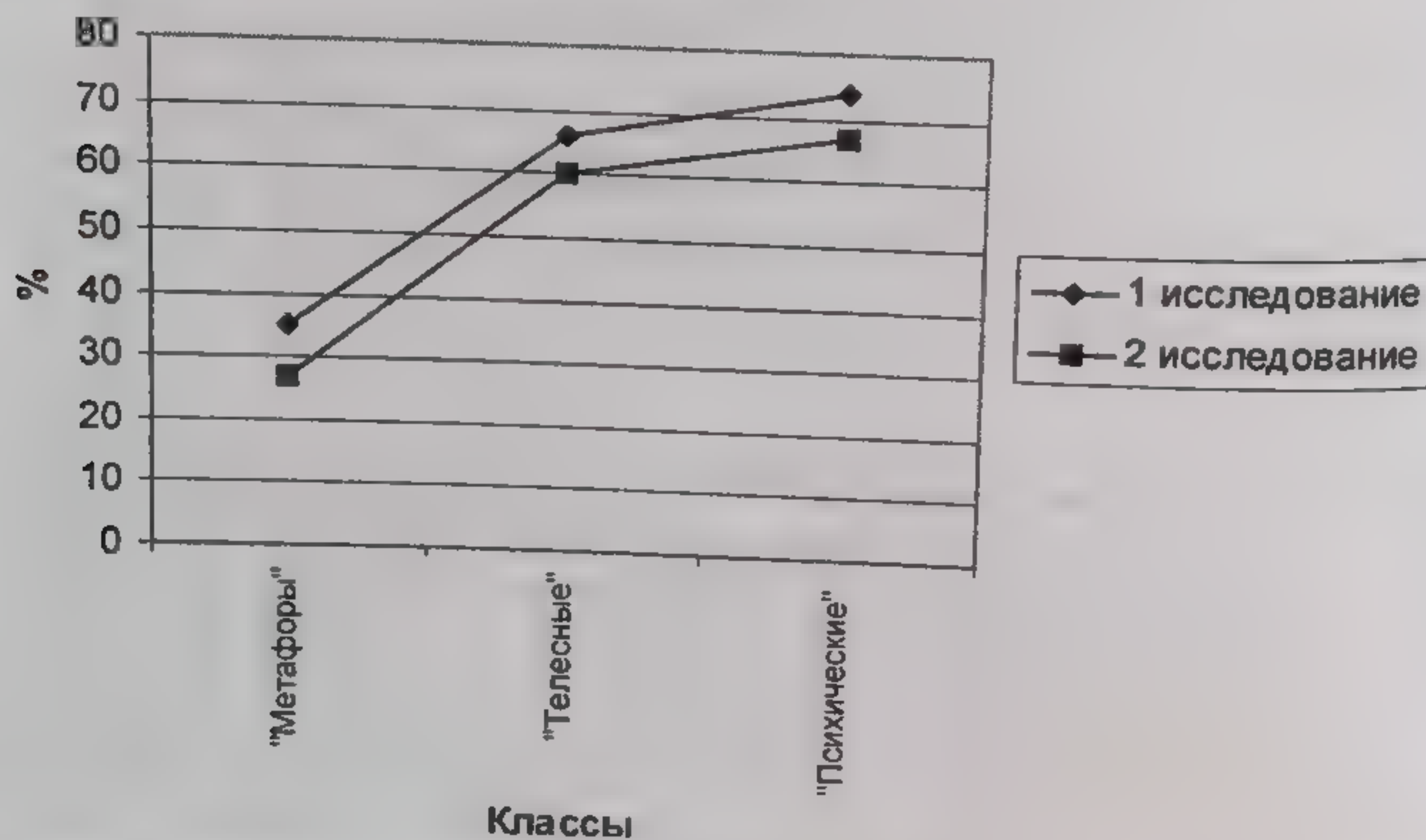


Рис. 10. Сравнение результатов двух исследований больных опийной наркоманией (первый этап теста ВДИО). Классификация «Метаморфы–Телесные–Психические»

диффузность и недифференцированность интрацептивных словарей у больных наркоманией согласуется с категориальной «бедностью» интрацептивного словаря больных опийной наркоманией, обнаруженной нами с помощью теста «Группировка дескрипторов» (см. ниже). В-шестых, сформированные с помощью теста ВДИО «тестовые» интрацептивные словари больных опийной наркоманией определенно ненормативны, неконвенциональны, избыточны, и их, по-видимому, можно рассматривать как не соответствующие требованиям адекватного знаково-символического опосредствования внутреннего восприятия. В-седьмых, сравнение объемов словарей больных различными заболеваниями и здоровых индивидов обнаружило, что по объему интрацептивных словарей больные опийной наркоманией близки к больным различными психическими и соматическими заболеваниями гораздо более, чем к здоровым индивидам (см. ниже), что дает основания предположить патогномичность признака «объемного» словаря, его связь с той или иной болезнью, что также увеличивает вероятность диффузности и недифференцированности словаря. В-восьмых, проведенная нами серия психологических исследований больных опийной наркоманией (Елшанский, 1999; Тхостов и др., 2001, 2001а), а также опыт клинического общения с ними дают основания предположить у этих больных низкий уровень рефлексии, что также говорит в пользу диффузности и недифференцированности интрацептивного словаря. Больные наркоманией выбирают в тесте ВДИО большее число дескрипторов не потому, что имеют повышенную способность к вербализации субъективного опыта, а потому, что не могут адекватно соотнести дескриптор-стимул со своим внутренним опытом и, будучи жестко поставлены в условия необходимости выбора-невыбора, осуществляют выбор, опираясь на побочные факторы.

Из диффузности и недифференцированности интрацептивного словаря «следует» недифференцированность и диффузность индивидуальной системы значений внутреннего восприятия и опыта, дефицитарность их структурирования.

Обнаруженное явление диффузности и/или недифференцированности интрацептивного словаря является принципиально новым феноменом и не может быть сведено к какому-либо из описанных ранее, например к алекситимии. Оно не является даже особой формой како-

го-либо из описанных ранее феноменов, связанных с нарушением вербализации эмоций или интрацептивных ощущений (например алекситимии). Отвечая на вопрос, подходит ли тот или иной дескриптор для описания интрацептивных (испытанных, болезненных и т.д.) ощущений, больной наркоманией пытается, вероятно, вспомнить или представить ощущение, к которому данный дескриптор может быть отнесен. Но поскольку его словарь внутреннего опыта не дифференцирован, а сам внутренний опыт плохо структурирован, плохо рефлексруется и, предположительно, в результате употребления наркотиков во многом наполнен ощущениями и эмоциями, не имеющими знакового отражения в языке, больной этого сделать не может – и, следовательно, он не может, основываясь на своем телесном и эмоциональном опыте, как выбрать дескриптор, так и отвергнуть его как неподходящий. Будучи поставлен в ситуацию необходимости ответа на вопрос об отнесенности дескриптора, больной делает выбор, опираясь не на собственный телесный и эмоциональный опыт, а на что-то другое (вопрос – на что именно – остается открытым; вероятно, здесь играют роль ситуация обследования, поведение экспериментатора, особенности развития речи и общеречевого словаря больного), что отражается на результатах тестирования.

Таким образом, если определить категориальную структуру внутреннего опыта как структуру категорий (разрядов, групп, классов) элементов внутреннего опыта (интрацептивных ощущений, вербальных дескрипторов этих ощущений и т.п.) и отношений между этими категориями или как структуру связей между элементами внутреннего опыта, то диффузность и недифференцированность внутреннего опыта предполагает невозможность адекватного нормативному отнесения элементов внутреннего опыта к той или иной категории или неспособность такого отнесения вообще. Это соответствует отсутствию категориальной структуры внутреннего опыта или ее дефицитности, отсутствию механизмов адекватного структурирования внутреннего опыта и может быть обозначено как особый психопатологический феномен. Именно этот феномен и наблюдается у больных наркоманией, проявляясь в диффузности-недифференцированности интрацептивного словаря. Следовательно, мы можем определить больных наркоманией как индивидов с дефицитной категориальной

структурой внутреннего опыта, что является особым психопатологическим феноменом, который может быть квалифицирован психосемантическими методами.

Можно также предположить, что категориальная структура индивидуального интрацептивного словаря корреспондирует с категориальной структурой внутреннего опыта, организацией «следов» внутреннего отражения, и, следовательно, формализованные характеристики индивидуального интрацептивного словаря могут служить параметрами категориальной структуры внутреннего опыта и позволяют делать выводы о дефицитарности этой структуры.

Патологический опыт длительной наркотизации определенно создает у больных большое количество ощущений и эмоций, не имеющих знакового представления в языке или представленных в нем недостаточно. Это обстоятельство заставляет наркоманов прибегать к созданию неологизмов, употреблению общеязыковых знаков в новом значении (так, один из больных наркоманией говорил при обследовании, что наиболее подходящее к его ощущениям в состоянии наркотического опьянения слово — «растопырило» и что «если бы Вы написали здесь (имея в виду список дескрипторов) “растопырило”, то я бы определенно это слово выбрал»), а также к усвоению и использованию жаргонизмов (это подтверждается значимыми различиями в частотности выборов различных дескрипторов в группах больных и здоровых испытуемых (по тесту «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений»). Так, например, наиболее частотным словом в группе больных наркоманией при выборе дескрипторов интрацептивных ощущений (первое задание теста) оказалось слово «Ломота», тогда как в контрольной выборке наиболее частотным словом было слово «Боль»). Однако, вероятно, результатов подобной деятельности все-таки недостаточно для создания словаря опыта наркомании, эквивалентного по степени сложности и уровню дифференцированности дескрипторов ощущений и эмоций общечеловеческому словарю телесного и эмоционального опыта. Здесь, возможно, также играет роль тот факт, что словарь специфических, пережитых в результате употребления наркотиков ощущений усваивается человеком в гораздо более поздние онтогенетические периоды и с учетом вероятного существования определенных сензитивных периодов для усвоения словаря телесного

опыта усваивается иначе. Под влиянием изменений в ощущениях (вызванных употреблением наркотиков) изменяется и знаково-смысловая сфера больных наркоманией (как понятийный, так и личностно-смысловой ее аспекты). Таким образом, есть основания предполагать, что одним из факторов различия в системе значений больных наркоманией и здоровых индивидов, вероятно, является специфический телесный опыт болезни, полученный в результате употребления наркотиков. Однако можно предположить также, что у больных наркоманией должна существовать и определенная преморбидная дефицитарность структурирования внутреннего опыта, следствием которой является дезадаптивность механизмов внутренней регуляции, определяющая их большую подверженность влиянию внешних факторов, в частности, неблагоприятной социальной среды, подталкивающей к прогам наркотиков.

В данном исследовании примечателен обнаруженный у больных наркоманией крайне высокий уровень включения в интрацептивные словари значений, относящихся к классу «Метафор» (в 4 раза больший, чем у испытуемых контрольной группы, и больший, чем у любых других исследованных больных (см. ниже)). (Интересно отметить, что количество выбираемых больными наркоманией метафор отрицательно коррелировало с уровнем алекситимии по «Торонтской алекситимической шкале» — подробнее см. ниже.) «Метафора — это один из видов тропа, оборот речи, где общий признак двух сравниваемых слов (объектов) переносится на один из них, который при этом получает “переносный” смысл» (Тхостов, 2002, стр. 52). Г.Е. Рупчевым выдвинута гипотеза, что внутренние телесные ощущения имеют генетическую связь с экстрацепцией, а их структура соответствует структуре метафоры (Рупчев, 2001а). В стимульном материале теста к классу «Метафор» были отнесены дескрипторы «темный», «мохнатый», «шорох», «громко», «жужжание», «вспышка», «всплеск», «шепот», «звенеть», «стук», «мерцание». Эти значения «нормативно» можно применить к внутреннему восприятию лишь в переносном смысле. «Механизм метафоры заключается в “перенесении” значения с одного объекта на другой» (там же). Многие из используемых для обозначения внутреннего восприятия значений по своему происхождению «внешние» — «тяжесть», «онемение» и т.п. Можно предположить, что

усвоение подобных значений в онтогенезе происходит по механизму метафоры – перенесением внешнего смысла. В принципе, это, по-видимому, единственный возможный способ подобного усвоения – ведь никто не может показать ребенку его внутреннее ощущение, одновременно его обозначив – дав знак для него. Можно показать лишь локализацию ощущения обозначить его качества – «болезненное», «опасное», «приятное» и т.п. Однако обычно к определенному возрасту человек усваивает подобные значения и свободно оперирует ими, означая свои внутренние ощущения. Механизм же метафорического «перенесения вовнутрь» используется лишь в случаях возникновения новых незнакомых интрацептивных ощущений. Вероятно, можно предположить, что у больного наркоманией вследствие того, что он переживает необычный неозначенный (незнакомый) внутренний опыт в связи с употреблением ПАВ, механизм метафорического перенесения актуализирован. Больной наркоманией «всегда готов» к такому перенесению. Этим и можно объяснить полученные в отношении дескрипторов класса «Метафоры» результаты. Другим возможным объяснением, не противоречащим первому, может стать ненормативность, неконвенциональность индивидуальных систем значений больных опийной наркоманией. В результате недостаточной усвоенности «нормативных», «конвенциональных» в отношении внутреннего восприятия значений или из-за разрушения такого усвоения в результате потребления ПАВ, больной наркоманией «путает» значения, используя для означения внутреннего восприятия такие дескрипторы, которые «нормативный» индивид будет употреблять лишь в каких-либо особых случаях – метафоры как поэтического или вообще литературного приема и т.п. В ситуации же тестирования такой испытуемый метафоры в интрацептивные словари не включает и не допускает использования таких значений в отношении интрацептивных ощущений. Обнаруженный результат можно рассматривать как еще один показатель диффузности и недифференцированности интрацептивного словаря у больных опийной наркоманией и, соответственно, как еще один показатель дефицитности внутреннего опыта у таких больных. Можно сказать, что больной наркоманией готов перенести вовнутрь, включить в свою индивидуальную систему значений внутреннего восприятия практически любое «конвенционально внешнее» значение, так

же как он готов внедрить внутрь своего тела практически любую внешнюю отраву – лишь бы она доставила ему кайф.

Интересно, что в группе здоровых испытуемых, в отличие от группы больных опийной наркоманией, значительное количество респондентов не выбирало «метафор» вообще – то есть не включало их в интрацептивный словарь, не допускало означения внутреннего восприятия с их помощью (табл. 10).

Таблица 10
Показатели количества респондентов, выбравших метафоры в тесте ВДИО, %

Показатель	Больные наркоманией	Контрольная группа
Вообще не выбирали метафоры (на первом этапе теста и, соответственно, на остальных они не предъявлялись)	14,3 %	56,6 %

При этом в группе больных наркоманией было большее число респондентов, которые не дифференцировали метафор общего и знакомого словарей, т.е. на втором этапе теста выбирали все метафоры, выбранные на первом (табл. 11).

Таблица 11
Показатели количества респондентов, имевших равное число метафор в общем и знакомом интрацептивных словарях (по результатам первого и второго заданий в тесте ВДИО), %

Показатель	Больные наркоманией	Контрольная группа
При квалификации словаря знакомых интрацептивных ощущений (тех, которые ощущал сам испытуемый) выбирали все метафоры, выбранные для общего интрацептивного словаря («подходящих» для означения внутренних ощущений дескрипторов) (из числа респондентов, выбравших хотя бы одну метафору при выполнении 1 задания теста)	50,28 %	30,43 %

В расчет принимались только те респонденты, которые выбирали метафоры в общий словарь.

Таблица 12

Показатели количества респондентов, не дифференцировавших общий и знакомый интрацептивные словари (по результатам первого и второго заданий в тесте ВДИО), %

Показатель	Больные наркоманией	Контрольная группа
При квалификации словаря знакомых интрацептивных ощущений (тех, которые ощущал сам испытуемый) выбирали все 100% дескрипторов, выбранных для общего интрацептивного словаря («подходящих» для означения внутренних ощущений дескрипторов)	23,8 %	13,2 %

Интересно, что среди больных наркоманией было также большее число респондентов, которые не дифференцировали общий и знакомый интрацептивные словари, т.е. при выполнении второго задания теста выбирали те же дескрипторы, что при выполнении первого задания (табл. 12), причем это часто сопровождалось высказываниями типа «я их все переживал», «я сам и ощущал те, что подходят» или же больной вообще оказывался в замешательстве, не понимая разницы между общим и знакомым словарем и не допуская того, что он мог не переживать, не ощущать какого-либо ощущения, которое при этом существовало «в природе» (у других людей, в общественном сознании), но знать, что это слово используется для означения внутренних ощущений. Это своеобразный показатель одновременно неспособности к децентрации и недифференцированности индивидуальной системы значений внутреннего означения, ее примитивности, неспособности субъекта осваивать и использовать «непережитые» значения.

Категориальная структура словаря внутренних ощущений при различных заболеваниях может иметь те или иные характерные особенности. Поэтому представляются интересными исследования сходства и различий категориальной структуры, а также объема словаря внутренних ощущений (интрацептивного словаря) между группами больных психическими, соматическими и наркологическими болезнями. Аналогично описанному выше исследованию интрацептивного словаря больных опийной наркоманией и здоровых испытуемых были изучены «общие» словари больных ипохондрической шизофренией

(50 человек, 20 мужчин и 30 женщин, средний возраст – $38,38 \pm 1,14$ года), ипохондрическим неврозом (50 человек, 28 мужчин и 22 женщины, средний возраст – $29,83 \pm 1,56$ года), инфарктом миокарда (27 человек, 22 мужчины и 5 женщин, средний возраст – $65,95 \pm 0,88$ года) и раком желудка (40 человек, 24 мужчины и 16 женщин, средний возраст – $71,21 \pm 1,25$ года)*. При этом группы больных ипохондрической шизофренией, ипохондрическим неврозом и раком желудка были разделены на подгруппы по продолжительности болезни – с малым опытом болезни (меньше 3-х лет) и с большим опытом болезни (более 3-х лет). Проводилось сравнение усредненных показателей для «общего» словаря интрацептивных ощущений (результаты первого задания теста).

Обнаружено, что наибольший объем «общего» интрацептивного словаря (первое задание теста) наблюдается у больных опийной наркоманией (рис. 11).

Объемы различных категорий «общего» интрацептивного словаря по четырем классификациям для исследовавшихся групп больных и контрольной группы представлены в таблицах 13 и 14 (в % от максимально возможного выбора).

Исследование сходства и различия категориальных структур интрацептивных словарей (категориальных «профилей») изучаемых групп (по результатам первого задания теста – «Общий интрацептивный словарь») позволило разделить их на 3 класса по относительному преобладанию категорий: 1) больные опийной наркоманией, больные инфарктом миокарда, больные ипохондрической шизофренией с малым опытом болезни и здоровые испытуемые – категориальные «профили» с относительным предпочтением существительных над другими частями речи, с относительным преобладанием выбора причастий над прилагательными, с меньшим отношением «психические/телесные» и с меньшим отношением «диффузные/конкретные»; 2) больные ипохондрическим неврозом (как с большим, так и с малым опытом болезни) и больные ипохондрической шизофренией с большим опытом бо-

* Данные исследований больных ипохондрической шизофренией, ипохондрическим неврозом, инфарктом миокарда и раком желудка предоставлены А.И. Тхостовым.

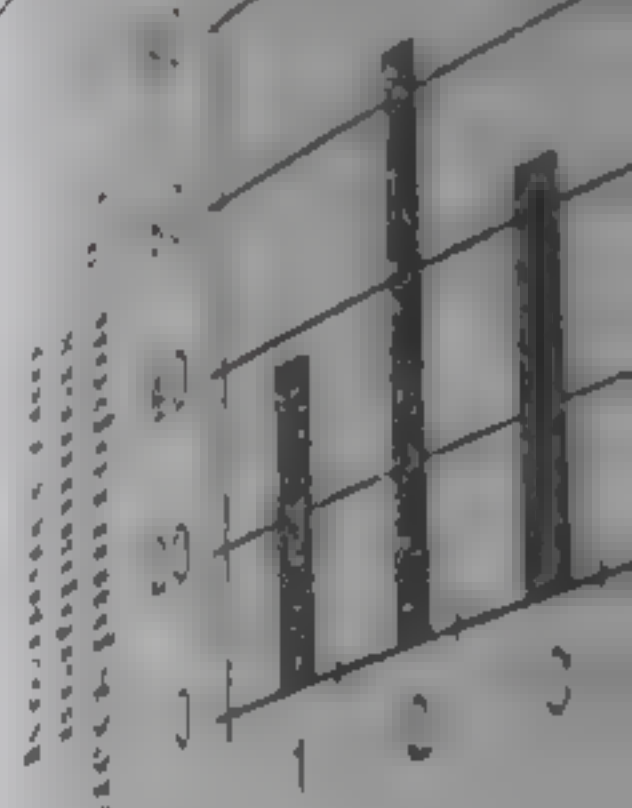


Рис. 11 Количество в «общем» интрацептивном словаре больных различными заболеваниями. Цифры по оси абсцисс соответствуют: 1 – здоровые испытуемые; 2 – больные опийной наркоманией; 3 – больные инфарктом миокарда; 4 – больные ипохондрической шизофренией с малым опытом болезни; 5 – больные ипохондрическим неврозом с малым опытом болезни; 6 – больные ипохондрической шизофренией с большим опытом болезни; 7 – больные ипохондрическим неврозом с большим опытом болезни; 8 – больные раком желудка; 9 – больные раком желудка с большим опытом болезни.

лезни – категориальные «профили» с относительным преобладанием существительных над другими частями речи, с относительным преобладанием выбора причастий над прилагательными, с меньшим отношением «психические/телесные» и с меньшим отношением «диффузные/конкретные»; 3) больные ипохондрическим неврозом с большим опытом болезни и больные ипохондрической шизофренией с большим опытом болезни – категориальные «профили» с относительным преобладанием существительных над другими частями речи, с относительным преобладанием выбора причастий над прилагательными, с меньшим отношением «психические/телесные» и с меньшим отношением «диффузные/конкретные».

Ниже представлены «профили» интрацептивных словарей для каждой из групп больных. На рисунках 12–14 показаны «профили» интрацептивных словарей для каждой из групп больных.

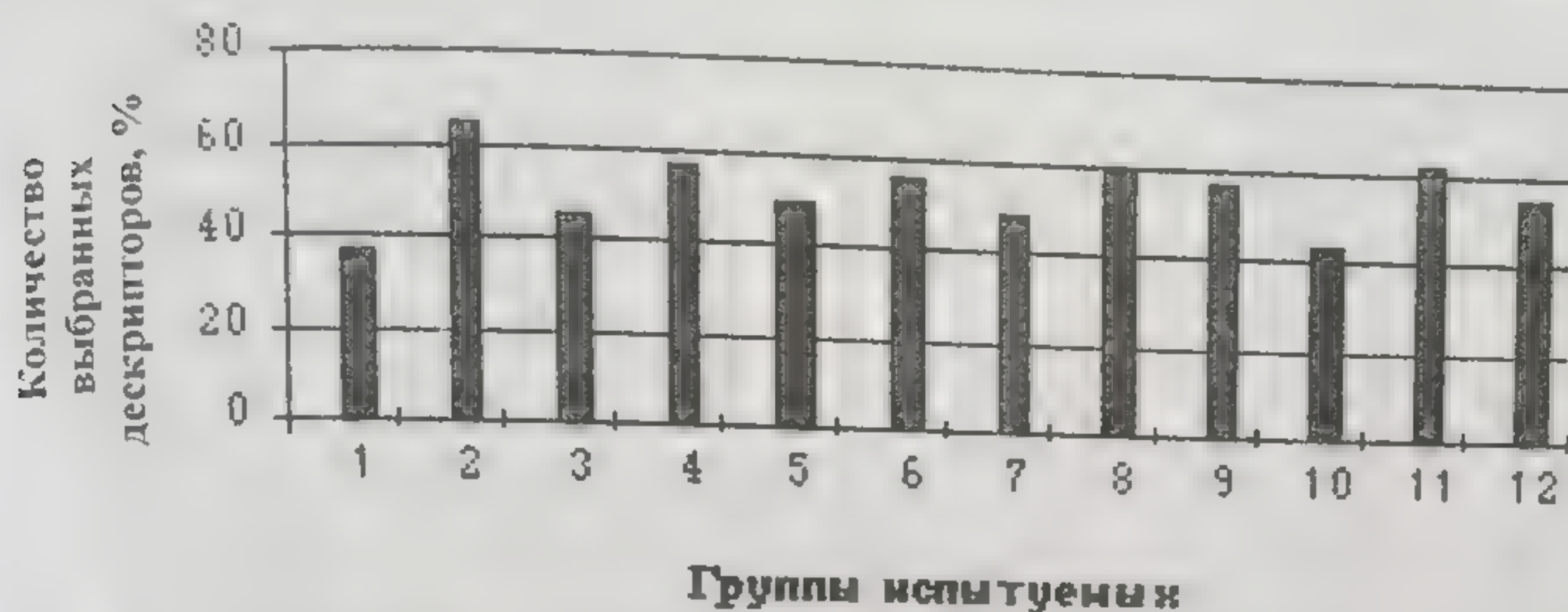


Рис. 11. Количество выбираемых дескрипторов интрацептивных ощущений в группах больных различными заболеваниями, а также в контрольной группе

Цифры по оси абсцисс соответствуют следующим группам: 1 – здоровые испытуемые; 2 – больные опийной наркоманией; 3 – больные ипохондрией шизофренического генеза; 4 – больные ипохондрией невротического генеза; 5 – больные кардиологическими заболеваниями (инфаркт миокарда); 6 – больные онкологическими заболеваниями (общая группа); 7 – больные онкологическими заболеваниями с малым опытом болезни; 8 – больные онкологическими заболеваниями с большим опытом болезни; 9 – больные шизофренией с малым опытом болезни; 10 – больные шизофренией с большим опытом болезни; 11 – больные неврозом с малым опытом болезни; 12 – больные неврозом с большим опытом болезни

лезни – категориальные «профили» с относительным преобладанием наречий над другими частями речи и с относительным преобладанием выбора причастий над прилагательными, с бóльшим отношением «психические/телесные» и с бóльшим отношением «диффузные/конкретные»; 3) больные раком желудка (как с малым, так и большим опытом болезни) – категориальные «профили» с относительным преобладанием выбора прилагательных над причастиями, примерно равным относительным выбором существительных и наречий (с преобладанием выбора этих двух категорий над остальными частями речи), с меньшим отношением «психические/телесные» и с меньшим отношением «диффузные/конкретные» (см. табл. 13, 14; рис. 12–17).

Ниже представлены «профили» для трех групп заболеваний по двум наиболее «демонстративным» классификациям – «Части речи» и «Метафоры-телесные-психические».

На рисунках 12–15 представлены «профили» по трем группам заболеваний для классификации «Части речи».

Таблица 13

120

Глава 3

Количество дескрипторов методики «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений», использующихся для описания интрацептивных ощущений по различным классам четырех классификаций больными различными психическими и соматическими заболеваниями, а также здоровыми испытуемыми (по группам), %

Класс	Средняя частота выборов					
	Здоровые испытуемые	Наркоманы	Ипохондрия (шизофрения)	Ипохондрия (неврозы)	Кардиологические заболевания (инфаркт миокарда)	Онкологические заболевания
Общая частота выборов	36,81	64,35	45,13	56,78	48,99	55,04
Классификация "Части речи"						
"Глаголы"	34,40	58,70	36,00	58,00	44,55	47,27
"Существительные"	42,85	69,97	49,13	60,50	54,65	59,71
"Наречия"	28,62	60,87	54,40	64,40	47,40	58,20
"Прилагательные"	20,82	51,51	34,77	39,69	35,08	45,85
"Причастия"	32,03	56,52	44,00	54,00	37,67	43,33
Классификация "Метафоры-Телесные-Психические"						
"Метафоры"	8,73	34,78	23,45	25,82	22,27	25,00
"Телесные"	40,79	65,54	42,39	53,71	49,34	58,66
"Психические"	42,02	74,22	57,64	73,43	58,96	61,54
Классификация "Конкретные-Диффузные"						
"Конкретные"	33,24	57,71	37,05	46,82	42,57	52,07
"Диффузные"	41,18	72,46	55,00	68,94	56,83	58,67
Классификация "Частотность"						
"Низкочастотные"	10,92	38,66	26,29	28,00	26,93	30,71
"Среднечастотные"	29,74	59,78	38,78	49,44	36,50	46,44
"Высокочастотные"	47,02	73,55	53,00	67,92	60,10	65,35

Таблица 14
Количество дескрипторов методики «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений», использующихся для описания интрацептивных ощущений по различным классам четырех классификаций больными различными психическими и соматическими заболеваниями, разделенными на подгруппы по длительности (опыту) заболевания, %

Класс	Средняя частота выборов					
	Онкологические заболевания (<3 лет)	Онкологические заболевания (>3 лет)	Шизофрения (малый опыт болезни)	Шизофрения (большой опыт болезни)	Невралгия (малый опыт болезни)	Невралгия (большой опыт болезни)
	58,56	55,98	42,99	61,65	54,78	

Таблица 14

Количество дескрипторов методики «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений», использующихся для описания интрацептивных ощущений по различным классам четырех классификаций больными различными психическими и соматическими заболеваниями, разделенными на подгруппы по длительности (опыту) заболевания, %

Класс	Средняя частота выборов					
	Онкологические заболевания (<3 лет)	Онкологические заболевания (>3 лет)	Шизофрения (малый опыт болезни)	Шизофрения (большой опыт болезни)	Невралгия (малый опыт болезни)	Невралгия (большой опыт болезни)
Общая частота выборов	48.39	58.56	55.98	42.99	61.65	54.78
<i>Классификация "Части речи"</i>						
"Глаголы"	36.55	48.91	56.36	31.09	60.00	51.64
"Существительные"	52.83	64.13	60.25	47.02	65.83	59.83
"Наречия"	53.80	61.00	56.60	58.40	66.60	66.80
"Прилагательные"	42.46	48.77	39.23	31.62	47.38	34.54
"Причастия"	37.33	43.33	57.67	45.67	54.33	53.00
<i>Классификация "Метафоры-Телесные-Психические"</i>						
"Метафоры"	8.55	34.91	30.64	23.64	29.55	13.82
"Телесные"	52.37	61.07	54.05	38.85	58.22	50.41
"Психические"	58.21	64.18	68.75	56.64	79.29	71.25
<i>Классификация "Конкретные- Диффузные"</i>						
"Конкретные"	42.43	56.61	48.93	32.70	50.98	41.30
"Диффузные"	55.67	60.94	64.58	55.56	74.69	71.25
<i>Классификация "Частотность"</i>						
"Низкочастотные"	17.93	38.50	32.50	25.43	32.21	17.43
"Среднечастотные"	40.78	49.83	45.00	39.11	56.44	50.83
"Высокочастотные"	60.13	67.69	66.94	49.56	72.19	67.15

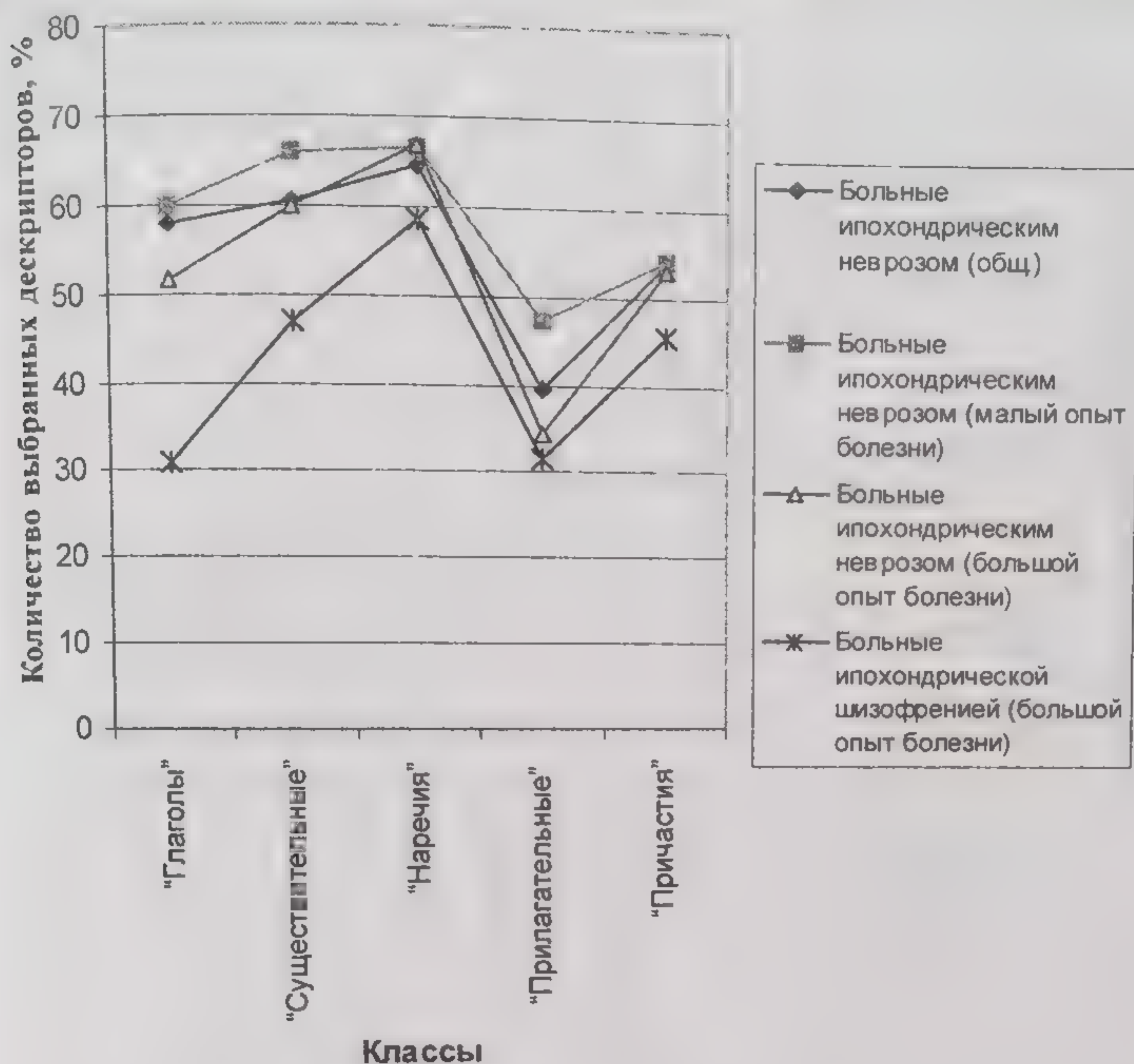


Рис. 13. Классификация «Части речи». Вторая группа заболеваний

заболевания) наблюдаются как количественные, так и качественные отличия. Из четырех исследовавшихся видов классификаций значений интрацептивного словаря наиболее показательной в плане различий между группами больных разными заболеваниями оказалась классификация «Части речи» (подробнее см.: Елшанский, 1999). Некоторые группы больных имели тенденцию к относительно снижению использованию отдельных частей речи для означения внутренних ощущений. В случае если снижение касалось грамматически более сложных частей речи – причастий и наречий – такие факты позволяют предполагать некоторую дефицитарность сложных форм означения

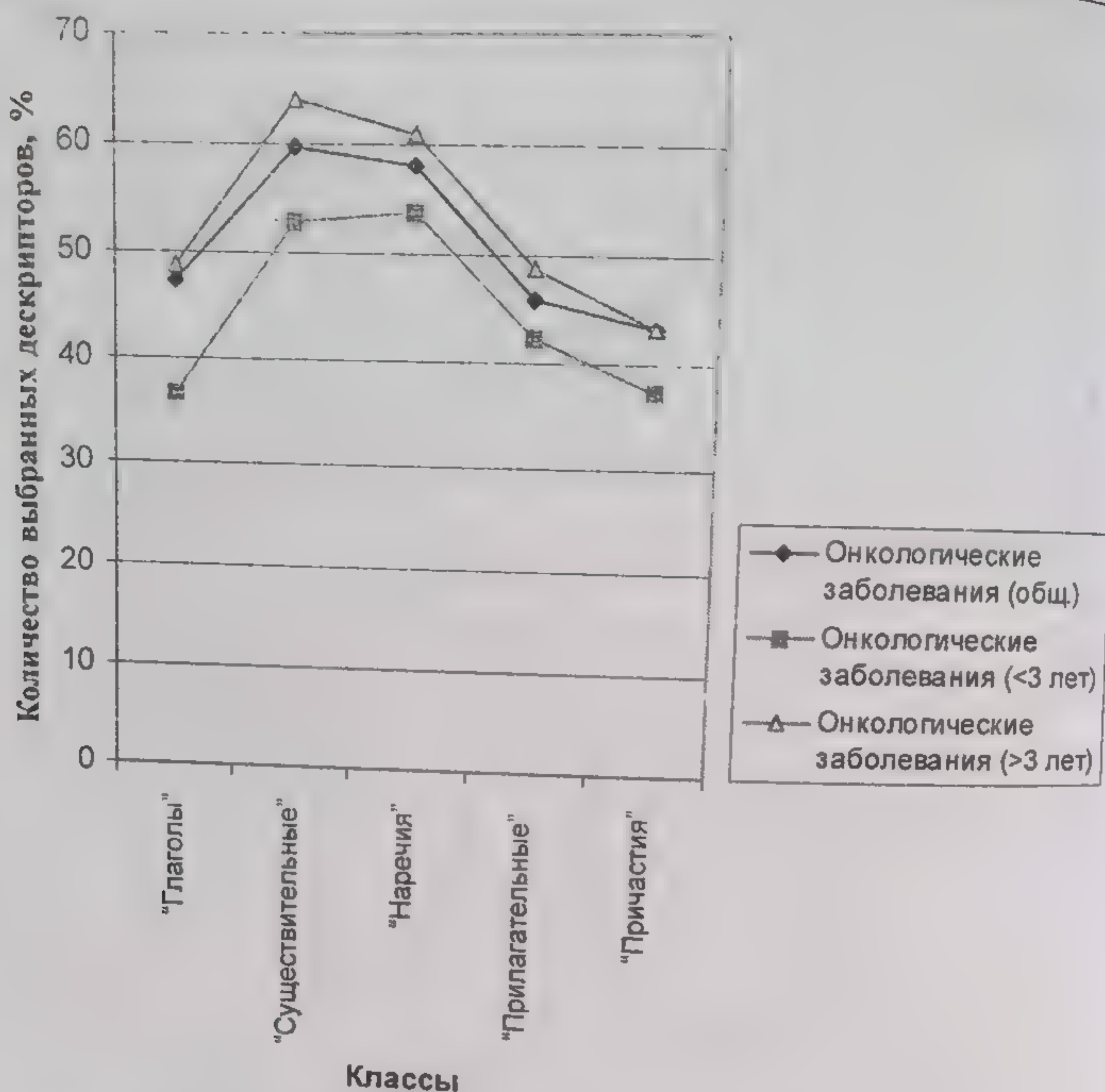


Рис. 14. Классификация «Части речи». Третья группа заболеваний

ния и вербализации внутренних ощущений. Так, снижение использования наречий дает основания предположить сниженную способность к означению признаков внутренних действий, процессов, качеств и объектов, а причастий – сниженную способность означать интрацептивные процессы как свойства или качества.

Таким образом, больные опийной наркоманией превосходят по объему интрацептивного словаря все исследованные группы, однако при этом соотношение объемов различных категорий в этом словаре (категориальный профиль) у них весьма сходно со здоровыми испытуемыми.

Рис. 15. Классификация «Части речи». Третья группа заболеваний

Сравнивая словарь людей шизофренией с «для характеристики» знакомых ощущений, используют при определении «как такие» чаще встречаются (2,62, стр. 168). По мнению многих исследователей (Николаев, Куренков, ...)

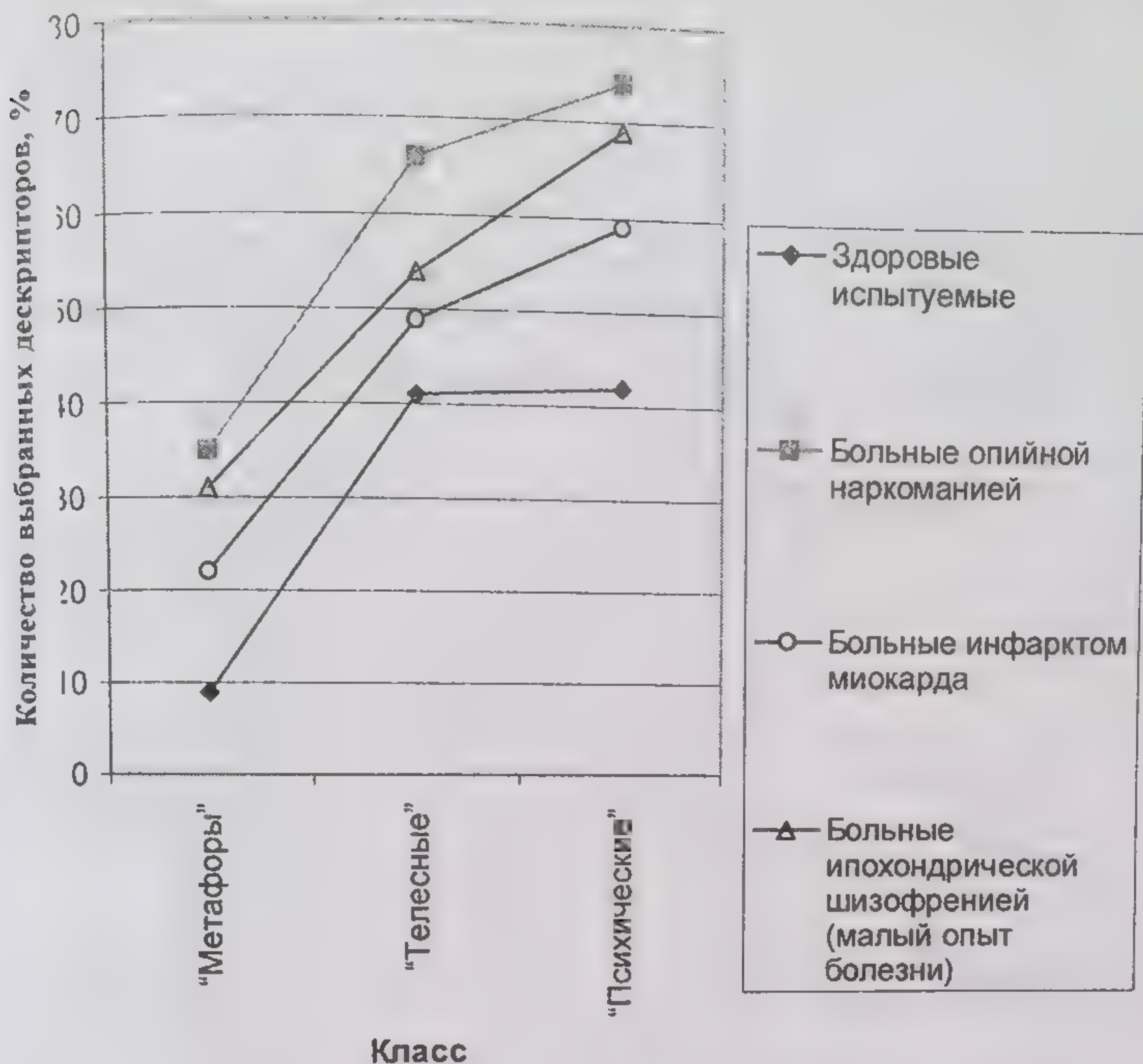


Рис. 15. Классификация «Метафоры-Телесные-Психические». Первая группа заболеваний

Сравнивая словари интрацептивных ощущений больных вялотекущей шизофренией и здоровых испытуемых, А.Ш. Тхостов отметил, что «для характеристики интрацептивных ощущений в целом и описания знакомых ощущений больные шизофренией значительно чаще используют признаки отрицательных эмоциональных состояний, тогда как такие определения, как “удовольствие”, “легкость”, “блаженствовать” чаще встречаются в словарях здоровых испытуемых» (Тхостов, 2002, стр. 168). По его мнению, это хорошо соотносится с отмеченным многими исследователями «агедонизмом» больных шизофренией (Поляков, Курек, 1985; Поляков и др., 1986; Назаренко, 1990). Ин-

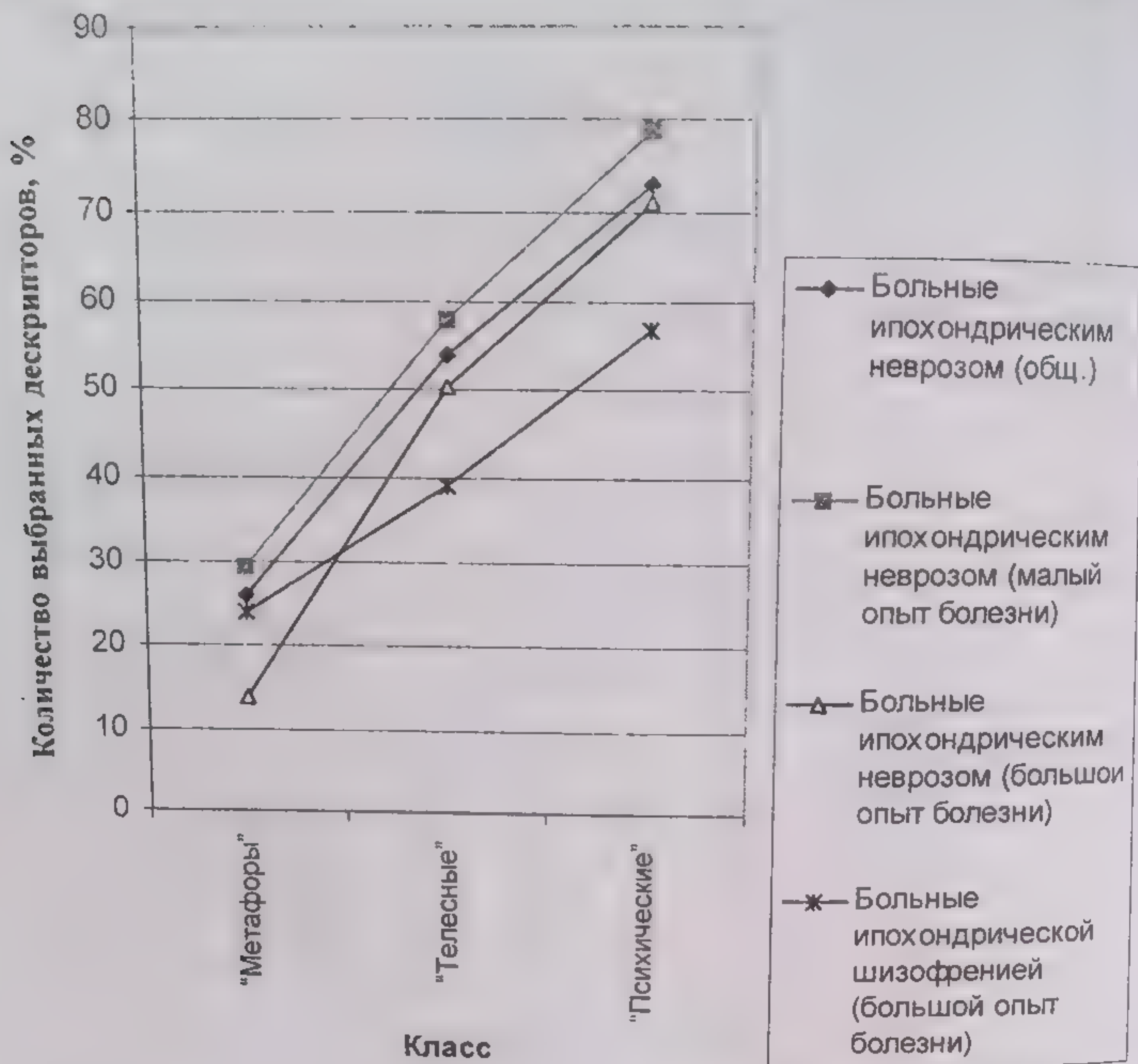


Рис. 16. Классификация «Метафоры-Телесные-Психические». Вторая группа заболеваний

интересно, что отношение выборов этих трех «гедонистических» дескрипторов больными наркоманией и здоровыми испытуемыми в нашем исследовании не выявило каких-либо выразительных отличий выбора этих значений ни в сторону «гедонизма», ни в сторону «агедонизма». Для первого этапа (общий словарь) отношения выборов больные опийной наркоманией/здоровые испытуемые для дескриптора «удовольствие» составило 1,65 (91%/55%), для дескриптора «блаженствовать» – 2,19 (79%/36%), для дескриптора «легкость» 1,56 (86%/55%) (см. также табл. 4). При этом общее отношение «больные опий-

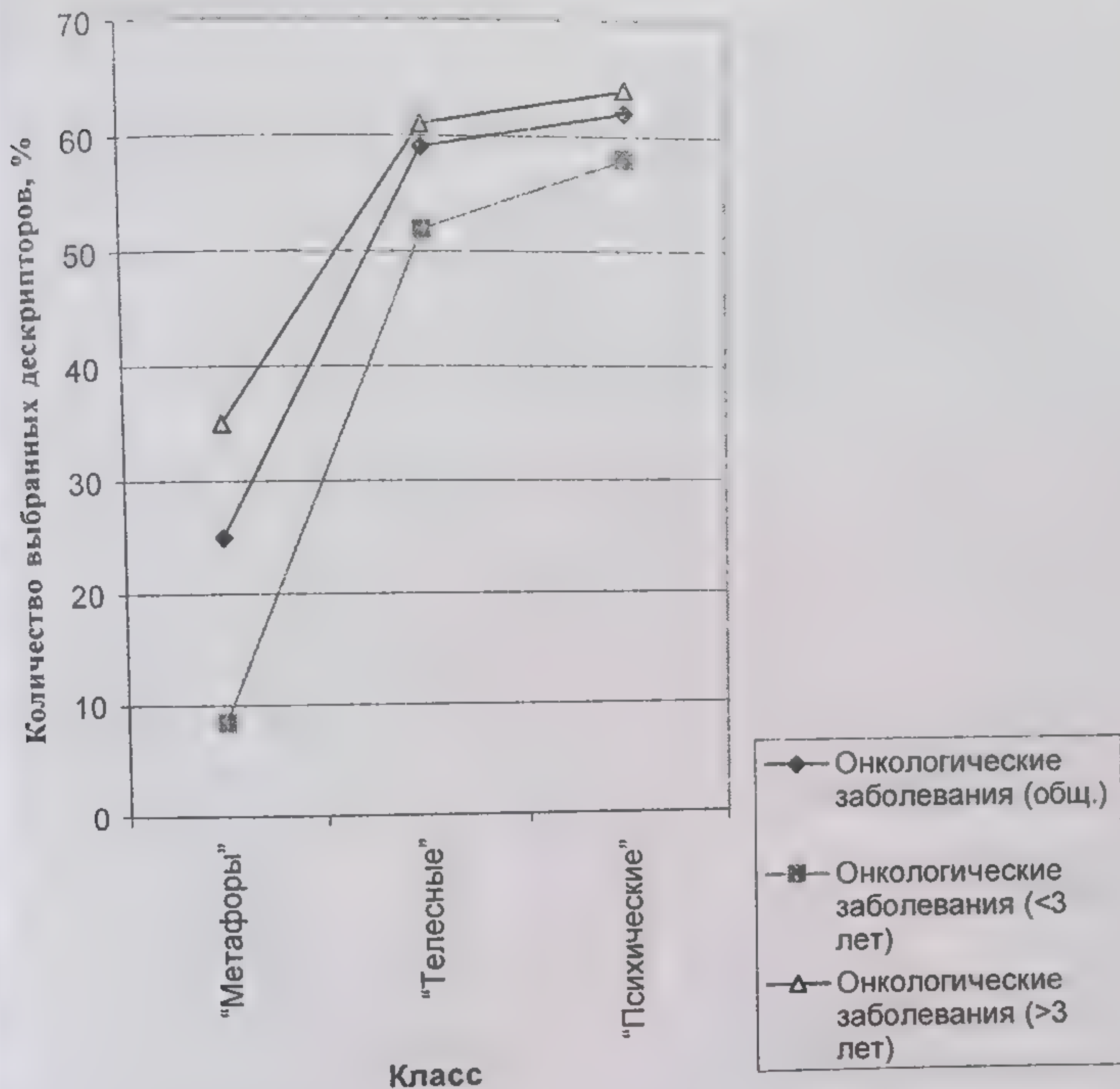


Рис. 17. Классификация «Метафоры-Телесные-Психические». Третья группа заболеваний

ной наркоманией/здоровые испытуемые» составляло 1,75, отношение для «существительных» – 2,44 (то есть для существительных «удовольствие» и «легкость» оно было меньше, чем для других существительных), а для «глаголов» – 1,71, то есть только для глагола «блаженствовать» исследуемое отношение было больше, чем для других дескрипторов такого класса («глаголы» классификации «Части речи»). Для второго этапа теста (знакомые, пережитые ощущения) выбор дескрип-

тора «блаженствовать» составил в группе больных наркоманией 94% – из возможного выбора (и 74% – из общего числа (т.е. без учета возможности непредъявления)), для здоровых испытуемых – соответственно 79% – из возможного выбора (и 28% – из общего числа); дескриптор «удовольствие» выбрали в группе больных наркоманией 100% – из возможного выбора (и 90,5% – из общего числа), в группе здоровых испытуемых – 97% – из возможного выбора (и 22% – из общего числа); дескриптор «легкость» в группе больных наркоманией выбрали 94% – из возможного выбора (и 81% – из общего числа), среди здоровых испытуемых – соответственно 83% – из возможного выбора (и 45% – из общего числа). Для показателей «из возможного выбора» отношение «больные опийной наркоманией/здоровые испытуемые» для дескриптора «удовольствие» составило 0,97, для дескриптора «блаженствовать» – 1,19, для дескриптора «легкость» 1,13. Таким образом, какого-то особого «пристрастия» к использованию «гедонистических» дескрипторов в индивидуальной системе значений внутреннего восприятия, которого, казалось бы, можно было ожидать у больных наркоманией, нами обнаружено не было. Интересно, что в группе больных опийной наркоманией в отношении этих дескрипторов просматривается тенденция к «пережитости» – если они считали, что данные слова подходят для означения интрацептивных ощущений, то они в большем числе случаев, чем здоровые испытуемые (а для дескриптора «удовольствие» – в 100% случаев), отмечали их как подходящие для обозначения знакомых им, пережитых ощущений. Хотя, конечно, представленные результаты никоим образом не отрицают гедонизма опийных наркоманов, просто, по-видимому, означение гедонистических ощущений у них более связано с ненормативными словами, не входившими в список стимульных дескрипторов теста, – сленгом.

Для показателей выборов на первом этапе теста по классам классификаций «Части речи» и «Метафоры-Телесные-Психические» в группе больных опийной наркоманией с помощью кластерного анализа (метод Евклидовых расстояний) была исследована «близость» или сходство количества выборов по классам (представленное как процент от максимально возможного выбора) этих классификаций. Обнаружено, что для классификации «Части речи» близки (образуют кла-

Усредненные результаты
«Торонтская алекситимия»
Больные наркоманией
(153 чел.)
 $67,09 \pm 1,85$
Полученные для исследуемых групп
отличались, при этом и в контрольной группе
и в группе больных наркоманией по интерпретации результатов
предлагают рассуждения о «близости» и «неблизости»
нами также проводились исследования в объединенной

стер) классы «Наречий» и «Существительных». К этому кластеру близок класс «Глаголов». Класс «Причастия» наиболее «удален» от остальных классов – т.е. количество выборов по этому классу наиболее «независимо» от количества выборов по другим классам этой классификации. Для классификации «Метафоры-Телесные-Психические» близки (образуют кластер) показатели выборов «Психических» и «Телесных», а класс «Метафоры» является самым «независимым».

Положение, что обнаруженная недифференцированность и диффузность интрацептивного словаря никаким образом не сводится к феномену алекситимии подтверждает тот факт, что исследование тех же испытуемых известной методикой для квалификации алекситимии – «Торонтской алекситимической шкалой» (опросником, состоящим из 26 утверждений, с которыми испытуемый может выразить различную степень согласия/несогласия) – показало, что группы больных наркоманией и здоровых испытуемых не различаются по этой шкале (проводилась проверка статистическими методами – критерий Манна-Уитни, $p < 0,05$). Результаты исследований с помощью методики «Торонтская алекситимическая шкала» (TAS) приведены в таблице 15.

Таблица 15

Усредненные результаты исследований с помощью методики
«Торонтская алекситимическая шкала» (TAS), баллы

Больные наркоманией (153 чел.)	Контрольная группа (372 чел.)
67,09±1,85	67,85±1,80

Полученные для исследовавшейся группы больных опийной наркоманией и контрольной группой усредненные результаты практически не отличались, при этом испытуемых ни той, ни другой группы нельзя назвать алекситимическими согласно существующим рекомендациям по интерпретации результатов тестирования с помощью TAS, которым предлагают рассматривать как алекситимических индивидов, набравших 74 и более баллов (Ересько и др., 1994, стр. 9).

Нами также проводилось исследование различий между «алекситимическими» и «неалекситимическими» (по шкале TAS) индивидами. В объединенной выборке (группа больных наркоманией и конт-

рольная группа) было проведено исследование с целью определить различия в группах «алекситимических» и «неалекситимических» индивидов по шкале TAS. Были выделены группы с результатами по TAS менее 63 баллов («неалекситимические» индивиды) и с результатами более 73 баллов («алекситимические» индивиды) (испытуемые с промежуточными результатами в расчет не принимались). Оказалось, что выделенные группы статистически достоверно (критерий Манна-Уитни, $p < 0,05$) различаются по возрасту и по относительному показателю выбора часто встречающихся (из болезненных) ощущений (5 задание теста «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений»), причем высокие результаты по шкале TAS соответствовали высоким показателям этого параметра и меньшему возрасту испытуемых. Таким образом, различия были установлены только для одного из 11 исследованных показателей теста «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений» (для наиболее «интересных» показателей – результатов первого этапа теста – никаких значимых различий обнаружено не было).

Нужно отметить, что часть контрольной группы в данном исследовании составляли учащиеся ПТУ №31 г. Москвы – 67 человек (средний возраст $16,01 \pm 0,64$ года), находящиеся в возрасте максимального риска заболеваемости опийной наркоманией («уровень заболеваемости наркоманиями среди подростков почти в 2 раза выше, чем среди населения в целом..., а токсикоманиями – в 8 раз» (Кошкина, 2001, стр. 66)). Однако интересно, что их показатели по тесту ВДИО практически не отличались от остальной контрольной группы – статистически значимые различия (критерий Манна-Уитни, $p < 0,05$) между результатами теста для учащихся ПТУ и прочими «здоровыми» испытуемыми отсутствовали по всем параметрам теста, за исключением относительного числа дескрипторов, употребляющихся для описания часто встречающихся (из болезненных) ощущений (задание 5-е) и абсолютного числа дескрипторов, использующихся для описания важных, значимых ощущений (задание 6-е), что вряд ли можно назвать существенными различиями, учитывая артефакт исключения дескрипторов на ряде этапов теста. Результаты же по наиболее информативному первому заданию теста были практически идентичными. При этом интересно, что учащиеся ПТУ значимо отличались от остальной

выборки «здоровых» испытуемых по результатам теста «Торонтская алекситимическая шкала» (TAS) и представляли среди всех исследованных групп популяции единственную алекситимическую группу (см. подробнее: Елшанский, 1999). В таблице 16 представлены результаты тестирования с помощью TAS для учащихся ПТУ и «остальной» контрольной группой («остальную» контрольную группу (всего 305 человек) исследованных по TAS составляли: студенты высших учебных заведений г. Москвы (факультеты психологии и журналистики МГУ им. М.В. Ломоносова), сотрудники НЦПЗ РАМН и НИИ наркологии МЗ РФ, сотрудники ряда предприятий различного профиля г. Москвы – 158 человек; солдаты срочной службы, проходившие службу в одной из военных частей в Подмосковье, – 100 человек; курсанты одного из военных училищ – 47 человек).

Таблица 16

Усредненные результаты исследований с помощью методики «Торонтская алекситимическая шкала» (TAS) для различных групп популяции, баллы

Исследуемая группа	Больные наркоманией (153 чел.)	Учащиеся ПТУ (67 чел.)	«Остальная» контрольная группа (305 чел.)
Результат	67,09±1,85	76,24±2,15	66,01±1,91

Нами также исследовались корреляционные связи параметров интрацептивного словаря, полученных с помощью методики ВДИО, между собой и с результатами других тестов – помимо ВДИО тестовая батарея включала: TAS; опросник «Поиск ощущений» М. Цукермана (дословно «Sensation Seeking Scale» – «Шкала поиска ощущений») в варианте 3. Топлица (авторы адаптации В.В. Гульдан и А.М. Корсун) (Toeplitz, 1977; Гульдан, Корсун, 1990), предназначенную для измерения различных аспектов потребности человека в поиске новых ощущений и впечатлений; методику «Symptoms check list – 90R» (SCL-90R) – клиническую шкалу самоотчета, разработанную Л.Р. Дерогатисом с соавторами (Derogatis et al., 1975, 1975a; Паравян, Атанесян, 1992) и предназначенную для диагностики проявлений различных психопатологических черт; тест «Спрятанные фигуры» Г. Виткина, измеряющий степень «полезависимости», когнитивной не-

дифференцированности (Witkin, 1954; Witkin et al., 1990) (подробнее о результатах исследований по этим методикам см.: Елшанский, 1999). Корреляционный анализ (метод Спирмена) показал в группе больных наркоманией следующие статистически достоверные ($p < 0,05$; $R > 0,30$)^{*} корреляции:

1. Параметр количества дескрипторов теста «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений», использующихся для описания интрацептивных ощущений (задание 1) (объем «общего интрацептивного словаря»), положительно коррелировал с возрастом испытуемых и с параметром «Тревога» опросника SCL-90R (к параметру «Тревога» в SCL-90R относится группа симптомов и реакций, которые обычно клинически связываются с очевидной (явной) тревогой, отражающей чувство гнетущего беспричинного внутреннего беспокойства; основой данного параметра является ощущение нервозности, нетерпеливости и внутреннего напряжения (Паравян, Атанесян, 1992)).

2. Абсолютные показатели количества дескрипторов, использующихся для описания испытанных; болезненных; опасных, угрожающих здоровью; часто встречающихся и важных, значимых ощущений (задания 2, 3, 4, 5), положительно коррелировали с возрастом испытуемых.

3. Относительные показатели количества дескрипторов, использующихся для описания испытанных (задание 2), и опасных, угрожающих здоровью ощущений (задание 4), а также абсолютный показатель опасных, угрожающих здоровью ощущений (задание 4) положительно коррелировали с результатами по шкале «Поиск нового опыта» опросника «Поиск ощущений» (высокие оценки по «Шкале поиска нового опыта» в тесте «Поиск ощущений» отражают стремление получать новые переживания и ощущения через впечатления, которые дают искусство, музыка, путешествия. В эту группу попадают лица, ведущие неконформистский образ жизни или проявляющие активный интерес к подобному образу жизни (Toeplitz, 1977; Гульдман, Корсун, 1990)).

4. Относительный показатель количества дескрипторов, использующихся для описания часто встречающихся ощущений (задание 6),

^{*} Здесь и далее R — коэффициент корреляции.

положительно коррелировал со шкалой «Социальная расторможенность» опросника «Поиск ощущений» («Шкала социальной расторможенности» опросника «Поиск ощущений» отражает потребность в несдержанном поведении в социальной сфере (William, Corulla, 1988); индивидуумы с высокими показателями по этой шкале характеризуются постоянным стремлением разнообразить свою социальную жизнь; они нередко нарушают существующие в обществе моральные запреты; эти люди испытывают потребность в новом и необычном опыте, способном повысить уровень возбуждения, и часто используют для этого различные стимуляторы (в том числе алкоголь и наркотики); эта шкала оценивает поведение индивидуума с точки зрения принятия его обществом и связана с некоторыми формами делинквентного поведения (Toeplitz, 1977; Гульдман, Корсун, 1990)).

5. Относительный и абсолютный показатели количества дескрипторов, используемых для описания опасных, угрожающих здоровью ощущений (задание 4), положительно коррелировали со шкалой «Чувствительность к скуке» опросника «Поиск ощущений» (индивидуумы с высокими значениями по этой «шкале чувствительности к скуке» опросника «Поиск ощущений» испытывают отвращение к повторяющемуся опыту любого типа и проявляют крайнее напряжение и нетерпение в условиях, когда такого постоянства невозможно избежать; для них необходим постоянный приток новой информации, знакомства с новыми людьми; эти люди плохо переносят монотонию в деятельности (Toeplitz, 1977; Гульдман, Корсун, 1990)).

6. Абсолютные показатели количества дескрипторов болезненных, опасных, угрожающих здоровью и часто встречающихся ощущений (задания 3, 4, 5) положительно коррелировали со шкалой «Потребность в интеллектуальной стимуляции» опросника «Поиск ощущений» (высокие значения по «шкале потребности в интеллектуальной стимуляции» опросника «Поиск ощущений» имеют лица, испытывающие потребность в постоянной «подпитке» своей интеллектуальной деятельности новой информацией; пути получения информации индивидуальны и зависят от личностных особенностей (Toeplitz, 1977; Гульдман, Корсун, 1990)).

7. Абсолютный показатель количества дескрипторов опасных, угрожающих здоровью ощущений (задание 4) положительно коррели-

ровал с параметрами «Соматизация» и «Фобическая тревога» шкалы SCL-90R (пункты, охватывающие этот параметр «Соматизация» шкалы SCL-90R, отражают дистресс, возникающий от осознания нарушений функций тела; этот параметр включает жалобы на сердечно-сосудистую, желудочно-кишечную, дыхательную и другие системы; в случае исключения органической основы жалоб регистрируются разнообразные соматоформные расстройства; пункты, охватывающие параметр «Фобическая тревога», отражают страхи, связанные с путешествиями, открытыми пространствами, пребыванием в толпе, общественными местами, транспортом и т.д., а также фобические реакции социального характера (Паравян, Атанесян, 1992)).

8. Относительный показатель количества дескрипторов часто встречающихся (из болезненных) ощущений (задание 5) положительно коррелировал с параметром «Интерперсональная сенситивность» шкалы SCL-90R (симптомы, составляющие основу фактора «Интерперсональная сенситивность» шкалы SCL-90R, сконцентрированы на чувствах личной неадекватности и неполноценности; сюда включены пункты, отражающие самоосуждение, чувство неловкости и выраженного дискомфорта при межличностном взаимодействии; этот параметр отражает склонность к рефлексии и пониженную самооценку с отрицательными ожиданиями (Паравян, Атанесян, 1992)).

9. Абсолютный показатель количества дескрипторов часто встречающихся (из болезненных) ощущений (задание 5) положительно коррелировал с параметром «Депрессия» шкалы SCL-90R (пункты, относящиеся к параметру «депрессии», отражают широкий круг обстоятельств, сопутствующих клиническому депрессивному синдрому; этот параметр также включает пункты, связанные с идеей самоубийства, чувствами безнадежности и бесполезности (Паравян, Атанесян, 1992)).

10. Абсолютные показатели количества дескрипторов испытанных; болезненных; опасных, угрожающих здоровью и часто встречающихся ощущений (задания 2, 3, 4, 5) (так же как и показатель числа дескрипторов, используемых для описания интрацептивных ощущений — задание 1) положительно коррелировали с параметром «Тревога» по шкале SCL-90R (см. выше).

Нужно отметить, что для всех параметров теста SCL-90R между группами больных опийной наркоманией и здоровых испытуемых

были выявлены выраженные статистически значимые различия (критерий Манна-Уитни, $p < 0,001$), при этом средние показатели этих параметров были намного больше в группе больных наркоманией, что позволило квалифицировать у них выраженность психопатологических черт. Уровень выраженности психопатологических черт в группе больных опийной наркоманией был также значимо больше, чем в любой из исследованных популяционных групп, составлявших контрольную выборку (солдаты срочной службы; учащиеся ПТУ; курсанты военного училища; «основная контрольная группа» – студенты высших учебных заведений г. Москвы (факультеты психологии и журналистики МГУ им. М.В. Ломоносова), сотрудники НЦПЗ РАМН и НИИ наркологии МЗ РФ, сотрудники ряда предприятий различного профиля г. Москвы) (см. подробнее: Елшанский, 1999). Для теста «Поиск ощущений» статистически значимые различия между группами больных опийной наркоманией и здоровых испытуемых были выявлены выраженные статистически значимые различия (критерий Манна-Уитни, $p < 0,05$) для параметров: «Поиск нового опыта» и «Социальная расторможенность». При этом больные опийной наркоманией имели более высокие усредненные показатели по этим параметрам (см. подробнее там же).

Между различными результатами теста «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений» выявлены следующие корреляции:

Все абсолютные показатели (задания 2-6) положительно коррелируют с количеством дескрипторов, использующихся для описания интрацептивных ощущений (задание 1), а также между собой.

Показатель количества дескрипторов, использующихся для описания интрацептивных ощущений (задание 1), также положительно коррелирует с относительными показателями количества дескрипторов испытанных и часто встречающихся (из болезненных) ощущений (задания 2 и 5).

Относительный показатель выбора дескрипторов испытанных ощущений (задание 2) положительно коррелирует также с абсолютными показателями для болезненных; опасных, угрожающих здоровью и важных, значимых ощущений (задания 3, 4 и 6).

Относительный показатель выбора дескрипторов болезненных ощущений (задание 3) положительно коррелирует также с абсолют-

ными показателями для опасных, угрожающих здоровью и часто встречающихся (из болезненных) ощущений (задания 4 и 5).

Относительный показатель выбора дескрипторов опасных, угрожающих здоровью ощущений (задание 4) положительно коррелирует также с абсолютным показателем для важных, значимых ощущений (задание 6).

Относительный показатель выбора дескрипторов часто встречающихся (из болезненных) ощущений (задание 5) положительно коррелирует также с абсолютными показателями для испытанных; болезненных и опасных, угрожающих здоровью ощущений (задания 2, 3 и 6).

Нам также кажется уместным привести одну корреляцию в выборке больных наркоманией, доверительный уровень вероятности ошибки которой (p) незначительно превышает уровень 0,05. Количество дескрипторов, используемых для описания интрацептивных ощущений (задание 1) теста «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений» (объем «общего» интрацептивного словаря) положительно коррелирует ($p=0,062$, $R=0,33$) с параметром «Параноидное мышление» шкалы SCL-90R, который объединяет пункты, направленные на выявление нарушений рассудочной деятельности (Паравян, Атанесян, 1992).

Для сравнения: в контрольной группе были выявлены следующие статистически достоверные ($p<0,05$, $R>0,30$) корреляции.

Для результатов теста «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений»:

1. Относительный показатель количества дескрипторов, используемых для описания испытанных ощущений (задание 2), отрицательно коррелирует со шкалой «Социальная расторможенность» опросника «Потребность в поиске ощущений».

2. Относительный показатель количества дескрипторов, используемых для описания опасных, угрожающих здоровью ощущений (задание 4), положительно коррелирует с параметрами «Соматизация» и «Тревога» шкалы SCL-90R.

3. Относительный показатель количества дескрипторов, используемых для описания часто встречающихся (из болезненных) ощущений (задание 5), положительно коррелирует с параметрами «Соматизация» и «Тревога» шкалы SCL-90R.

тизация» и «Тревога» шкалы SCL-90R, а также с общим баллом (GSI) по этой шкале, отражающим выраженность психопатологических признаков в целом.

4. Абсолютный показатель количества дескрипторов, использующихся для описания часто встречающихся (из болезненных) ощущений (задание 5), положительно коррелирует с параметром «Соматизация» шкалы SCL-90R.

Показатель числа дескрипторов, использующихся для описания интрацептивных ощущений (задание 1), в контрольной выборке не коррелирует ни с одним из параметров других тестов, ни с показателем возраста. Это относится также к относительным показателям количества дескрипторов, описывающих болезненные ощущения и важные, значимые ощущения (задания 3 и 6), а также к абсолютным показателям количества дескрипторов испытанных; болезненных; опасных, угрожающих здоровью и важных, значимых ощущений (задания 2, 3, 4 и 6).

Между различными результатами теста «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений» выявлены следующие корреляции:

- Все абсолютные показатели (задания 2–6) положительно коррелируют с количеством дескрипторов, использующихся для описания интрацептивных ощущений (задание 1), а также между собой (за исключением абсолютных показателей количества дескрипторов, использующихся для описания часто встречающихся (из болезненных) и важных, значимых ощущений (задания 5 и 6)).

- Все абсолютные показатели положительно коррелируют с соответствующими относительными показателями.

- Относительный показатель количества дескрипторов, использующихся для описания испытанных ощущений (задание 2) положительно коррелирует с абсолютным показателем количества дескрипторов, использующихся для описания важных, значимых ощущений (задание 6).

- Относительный показатель количества дескрипторов, использующихся для описания болезненных ощущений (задание 3) положительно коррелирует с относительным и абсолютным показателями количества дескрипторов, использующихся для описания опасных, угрожающих здоровью ощущений (задание 4) и с абсолютным пока-

зателем количества дескрипторов, используемых для описания часто встречающихся (из болезненных) ощущений (задание 5).

- Относительный показатель количества дескрипторов, используемых для описания часто встречающихся (из болезненных) ощущений (задание 5), положительно коррелирует с относительным показателем количества дескрипторов, используемых для описания важных, значимых ощущений (задание 6)

Корреляционный анализ объемов различных классов классификаций «Части речи», «Метафоры-телесные-психические» и «Конкретные-диффузные» по результатам первого задания теста ВДИО и других исследовавшихся психологических параметров (метод Спирмена, $p < 0,05$) в группе больных опийной наркоманией обнаружил:

- Высокую ($R=0,62$; $p=0,00038$) положительную корреляцию между количеством выбранных в качестве знакомых интрацептивных дескрипторов наречий и параметром «Тревога» теста SCL-90R. Количество наречий также положительно коррелировало с «Параноидным мышлением» ($R=0,49$), «Психотицизмом» ($R=0,46$), «Депрессией» ($R=0,40$), «Фобической тревогой» ($R=0,40$) и общим баллом ($R=0,46$) и по этому же тесту. Параметр «Параноидное мышление» теста SCL-90R включает пункты, направленные на выявление нарушений рассудочной деятельности, параметр «Психотицизм» отражает широкий спектр психотических реакций, основой данного параметра являются пункты, отражающие шизофренические симптомы первого ранга К. Шнайдера: слуховые галлюцинации, отчуждение мыслей и др. (Mellor, 1970; Паравян, Атанесян, 1992).

- Количество выбранных глаголов положительно коррелировало ($R=0,48$) с «Потребностью в интеллектуальной стимуляции» по тесту «Поиск ощущений».

- Количество прилагательных – с «Тревогой» по SCL-90R ($R=0,42$).

- Количество выбранных существительных положительно коррелировало с «Тревогой» по SCL-90R ($R=0,39$) и возрастом испытуемых ($R=0,32$).

- Количество причастий положительно коррелировало с «Тревогой» ($R=0,40$) и «Фобической тревогой» ($R=0,38$) по SCL-90R и отрицательно – с «Общей потребностью в стимуляции» по тесту «Поиск ощущений» ($R=-0,38$) (высокие значения по этой шкале квалифици-

руют индивидов с высокой потребностью в новых и сложных переживаниях и ощущениях; эти люди имеют тенденцию к импульсивным действиям, экспрессии и эмоциональности в социальных контактах, они нередко пренебрегают или недооценивают последствия своих действий, оптимальной для них является среда, обеспечивающая их индивидуальную свободу или автономию; потребность в стимуляции иногда является причиной употребления наркотиков и алкоголя, толкает людей на занятия рискованными видами спорта, участие в необычных экспериментах (Toeplitz, 1977; Гульдман, Корсун, 1990)).

- Количество выбранных метафор отрицательно коррелировало с уровнем алекситимии по TAS ($R = -0,38$).

- Количество «телесных» дескрипторов положительно коррелировало с «Тревогой» по SCL-90R ($R = 0,43$).

- Количество «психических» дескрипторов отрицательно коррелировало с уровнем параметра «Поиск впечатлений и приключений» теста «Поиск ощущений» ($R = -0,48$) (этот параметр отражает тенденции к «физическому» риску – высокие значения по этой шкале имеют лица, склонные к риску в условиях угрозы физической опасности; это люди, которых обычно называют «любителями острых ощущений» (Toeplitz, 1977; Гульдман, Корсун, 1990)), положительно коррелировало с «Тревогой» ($R = 0,41$) и «Параноидным мышлением» ($R = 0,40$) по SCL-90R.

- Количество выбранных дескрипторов «конкретных» ощущений положительно коррелировало с «Тревогой» по SCL-90R ($R = 0,43$).

- Количество выбранных дескрипторов «диффузных» ощущений также положительно коррелировало с «Тревогой» по SCL-90R ($R = 0,42$), а кроме этого, отрицательно – с уровнем параметра «Поиск впечатлений и приключений» теста «Поиск ощущений» ($R = -0,38$).

- Объемы всех классов всех исследованных в процессе корреляционного анализа классификаций также статистически значимо ($p < 0,05$) положительно коррелировали с объемом «общего» интрацептивного словаря.

Наибольший интерес из обнаруженных корреляций между объемами классов различных классификаций в «общем» интрацептивном словаре и другими психологическими характеристиками, по нашему

мнению, представляет отрицательная корреляция между показателем «классической» алекситимии и объемом класса метафор. По-видимому, среди опийных наркоманов существует относительно небольшая нечеткая группа лиц с повышенной алекситимичностью и сниженной тенденцией к метафоризации, тогда как большинство их имеет «нормальную» алекситимичность и повышенную тенденцию к метафоризации.

Обобщая результаты проведенного корреляционного анализа, можно отметить, что в группе больных наркоманией показатели параметров словаря интрацептивного опыта имеют больше, чем в контрольной группе, связей с другими исследованными параметрами. Представляется особенно важным то, что показатель количества дескрипторов, подходящих для описания интрацептивных ощущений (задание 1 теста) (данный показатель является, по нашему мнению, наиболее информативным, так как не зависит от предыдущих выборов и все испытуемые находятся в равных условиях), был независимым в группе здоровых испытуемых и коррелировал с рядом исследованных параметров в группе больных наркоманией. Эти результаты (с учетом статистически значимых различий между группами) позволяют предположить, что у больных наркоманией выборы дескрипторов неустойчивы и определяются не их телесным и эмоциональным опытом, а какими-то косвенными по отношению к этому опыту факторами, возможно, связанными с жизненным опытом (что отражено в корреляции с возрастом) и ситуацией обследования (что отражается в положительной корреляции с параметрами тревожности).

Отметим также отсутствие корреляций между результатами по «Торонтской алекситимической шкале» (TAS) и какими-либо из принимавших участие в корреляционном анализе результатами теста «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений», за исключением отрицательной корреляции с количеством выбираемых для «общего» интрацептивного словаря метафор ($R = -0,38$; $p = 0,04$) в группе больных опийной наркоманией. Это дает возможность предположить, что TAS не позволяет исследовать дифференцированность-недифференцированность словаря интрацептивного опыта испытуемых, по нашему мнению, связанную также со способностью к вербализации своих эмоций, и что феномены, на квалификацию которых была ориентиро-

вана методика TAS ее создателями (т.е. алекситимия), отличаются от феномена диффузности-недифференцированности интрацептивного словаря, определяемого при применении методики «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений». То же факт, что более алекситимичные согласно TAS индивиды (в данном случае это были более алекситимичные больные опийной наркоманией) выбирают меньше метафор для описания интрацептивных ощущений, неспособность «классических» алекситимиков к метафоризации хорошо согласуется с их затруднениями в продуцировании фантазий и бедностью воображения (Ересько и др., 1994).

Установленная положительная корреляция показателя «Тревоги» (по SCL-90R) с параметром интрацептивного словаря (метод Спирмена, $R=0,4$, $p=0,04$), характеризующим нарушения значения внутреннего восприятия, можно рассматривать с позиции двух гипотез: 1. Недифференцированность внутреннего восприятия повышает тревожность, поскольку человек плохо отражает свои физиологические реакции на внешнюю опасность и вынужден постоянно находиться в состоянии ее ожидания, субъективно воспринимаемом как тревога. 2. Тревожность повышает уровень сенсibilизации, что ведет к обострению внутренних ощущений. Обе эти гипотезы имеют право на существование. Для определения же более вероятной нужны дополнительные исследования. Эта корреляция представляется нам наиболее важной из обнаруженных. То, что нарушение или дефицитарность структурирования внутреннего восприятия коррелирует с высоким уровнем тревожности, подтверждает дезадаптивность и патологичность нарушений структурирования внутреннего восприятия и опыта, а также значимость этой дезадаптивности.

А.Ш. Тхостов формулирует следующие положения, лежащие в основе индивидуальных различий интрацептивных словарей и возможностей их анализа психосемантическими методами: «форма субъективного переживания интрацептивных ощущений, степень их развитости и богатства зависят от субъективного опыта, усвоенности и дифференцированности систем интрацептивных значений»; «существует ограниченное количество устойчивых способов структурирования интрацептивных ощущений, сводящее многообразие используемых признаков к конечному числу семантико-перцептивных инва-

риантов»; «особенности субъективного переживания интрацептивных ощущений и нарушения интрацептивного восприятия связаны с особенностями интрацептивных систем значений и изменением способов структурирования интрацептивного опыта» (Тхостов, 2002, стр. 158-159). Представленное исследование интрацептивных словарей больных опийной наркоманией подтвердило, что «семантический подход – довольно удобный инструмент анализа порождения и развития интрацептивных ощущений через исследование категориальной системы их фиксации» (Тхостов, 1991, стр. 99). По мнению А.Ш. Тхостова, «центральным психологическим механизмом нарушений интрацептивного восприятия является изменение субъективной семантики, искажение интрацептивных значений и обобщений» (там же). Несмотря на то, что «вербальный словарь не может исчерпывающе описать всю область интрацептивных значений, многие из которых близки к “криптотипам” и плохо вербализуются» (там же), анализ вербализуемой части такого словаря помогает выявить некоторые принципиальные закономерности, при этом исследовать весь словарь совершенно не обязательно, «достаточно, если интересующие нас механизмы можно будет продемонстрировать на какой-то его части» (там же). «Вербализуемый словарь подходит для этих целей, так как именно на его основе формулируются жалобы, и именно им как системой усвоенных субъектом культурных эталонов, соотнесенных с нормативом, опосредствуются главные характеристики модальности, локализации и интенсивности интрацептивных ощущений» (там же). «Моделируя различные действия с этим словарем, можно попытаться выявить особые индивидуальные оттенки смыслов и значений, которые также могли бы помочь в понимании нарушений интрацептивного восприятия» (там же). Представленные результаты исследований вербализованного интрацептивного словаря больных наркоманией позволили выявить специфику этого словаря и сделать выводы об особенностях интрацептивной семантики и структурирования внутреннего опыта этих больных.

3.2.2. Исследование группировок интрацептивных значений у больных опийной наркоманией*

Исследовано 33 больных опийной наркоманией мужского пола, употреблявших наркотики парентерально не менее одного года. Возраст больных варьировал от 16 до 33 лет, средний возраст составлял $23,35 \pm 0,96$ года. Контрольная группа – 53 мужчины в возрасте от 16 до 38 лет, не страдавшие ни наркоманией, ни токсикоманией. Средний возраст – $22,28 \pm 0,85$ года.

Применялась методика «Группировка дескрипторов», которая представляет собой развитие психосемантической психодиагностической модели, использованной в тестах «Классификация ощущений» и ВДИО, в ней используется тот же набор дескрипторов интрацептивных ощущений, что и тест ВДИО. Разработаны компьютерный вариант методики и вариант с использованием карточек. Испытуемому предъявляется набор из 80 дескрипторов (см. выше) и инструкция: «Выберите слова, которые, по Вашему мнению, подходят для описания внутренних ощущений, и разбейте их на группы». Компьютерный вариант методики ограничивает число возможных групп девятью, и каждая группа помечается соответствующим номером от одного до девяти; слова же, не отнесенные испытуемым ни к какой группе, т.е. не подходящие, по его мнению, для описания внутренних ощущений, помечаются нулем. Поэтому в этом варианте методики инструкция дополнена текстом: «Вы можете сделать до 9 групп (0 – слово не подходит для описания внутренних ощущений. 1–9: номера групп для подходящих слов)». Очевидно, что в случае использования в исследовании обоих вариантов методики число групп в варианте «На карточках» с целью унификации результатов также должно быть ограничено девятью. Далее испытуемый определяет подходящие для описания интрацептивных ощущений слова и разбивает их на группы. При этом он может использовать тот принцип группировки дескрипторов, который сочтет нужным или возможным. Количество элементов в одной группе не регламентируется и ограничено только общим числом предъявляемых дескрипторов из 80 слов. Время тестирования не ог-

* В экспериментальных исследованиях принимал участие Г.Е. Рупчев.

раничено. Числовыми результатами теста по отдельному испытуемому служат: «общее число слов», выбранных испытуемым в группы, т.е. подходящих для описания внутренних ощущений; «число образованных групп»; «среднее число элементов в группе»; «число групп с количеством элементов в группе более одного»; «среднее число элементов в группе с количеством элементов более одного» (последние два параметра введены из-за того обстоятельства, что инструкция допускает образование группы из одного элемента; однако эта группа не будет группой в полном смысле этого слова, и, следовательно, параметры, характеризующие группы с количеством элементов более одного, являются параметрами, так сказать, «истинных», «безусловных» групп). При использовании компьютерного варианта методики все показатели рассчитываются автоматически. Содержание групп может также служить материалом для качественного анализа индивидуальных критериев классификации. При использовании компьютерного варианта методики как числовые результаты тестирования, так и содержимое образованных испытуемым групп сохраняются в базе данных.

Методика «Группировка дескрипторов» предполагает расчеты не только индивидуальных числовых результатов теста, но и численных параметров, характеризующих группу испытуемых. С этой целью рассчитывается так называемая «матрица парных выборов», содержимое которой показывает процент отнесения пары дескрипторов к одной группе в процедуре индивидуальной классификации дескрипторов для группы испытуемых. Производятся вычисления для каждой возможной пары дескрипторов и вычисляется число испытаний, при которых оба из данной пары дескрипторов были отнесены к одному классу (группе); при этом «невыбор» этих дескрипторов как подходящих для описания внутренних ощущений классом (группой) не считается, т.е. анализ происходит только для дескрипторов, отнесенных в группы с первой по девятую в компьютерном варианте методики. При расчетах значение имеет лишь факт отнесения испытуемым двух дескрипторов к одной группе; номер же группы, заданный тестируемым этой группе слов, в расчет не принимается. Например, если два дескриптора были отнесены одним испытуемым к группе, помеченной им номером «1», а вторым испытуемым — к группе, помеченной им номе-

Результаты исследов

Шкала	
1	Общее число выбра
2	Число образованн
3	Среднее число эле
4	Число групп с кол
5	Среднее число эле

ром «2», то при расчете «матрицы парных выборов» показатель числа испытаний с объединением этих двух дескрипторов в обоих случаях увеличится на единицу. Для наглядности в компьютерном варианте методики показатели отнесения пары дескрипторов к одному классу (группе) представлены в процентах и вычисляются как отношение числа испытаний с объединением данной пары дескрипторов к общему числу испытаний (или испытуемых, если каждый испытуемый в рассчитываемой группе был протестирован только один раз), умноженное на 100%. Таким образом, «матрица парных выборов» позволяет проводить сравнительный анализ семантических множеств различных групп испытуемых.

Были исследованы параметры: «общее число выбранных слов»; «число образованных групп»; «среднее число элементов в группе»; «число групп с количеством элементов в группе более одного»; «среднее число элементов в группе с количеством элементов более одного», построены и проанализированы «матрицы парных выборов» для двух выборок (исследуемой и контрольной).

Результаты применения методики «Группировка дескрипторов» приведены в таблице 17.

Группы различались по «числу образованных групп» (критерий Манна-Уитни, $p=0,02$), «среднему числу элементов в группе» ($p=0,039$), «числу групп с количеством элементов более одного» ($p=0,02$) и «сред-

Таблица 17

Результаты исследования по методике «Группировка дескрипторов»
(средние по группам)

Шкала	Больные наркоманией	Контрольная группа
1. Общее число выбранных слов	44,00±8,08	50,83±4,72
2. Число образованных групп	3,67±0,67	8,17±0,48
3. Среднее число элементов в группе	11,11±2,51	6,27±0,57
4. Число групп с количеством элементов более одного	3,67±0,67	8,00±0,44
5. Среднее число элементов в группе с количеством элементов более одного	11,11±2,51	6,37±0,56

нему числу элементов в группе с количеством элементов более одного» ($p=0,039$). По «общему числу выбранных слов» статистически достоверных различий между группами обнаружено не было. Этот факт является важным отличием от результатов теста ВДИО.

В группе здоровых испытуемых была обнаружена высокая положительная корреляция (метод Спирмена, $p<0,05$) между общим числом выбранных слов и средним числом элементов в группе с количеством элементов более одного ($R=0,83$; $p=0,00004$).

Анализ «матриц парных выборов» для выборок больных наркоманией и здоровых испытуемых показал, что в выборке больных наиболее часто объединяемыми в одну группу являются пары дескрипторов «покой—легкость» и «грусть—влечение», а также триада «боль—голод—слабость».

В группе здоровых испытуемых это были пары «тяжесть—давление» и «жжение—жар». Таким образом, существуют не только количественные, но и качественные отличия между исследованными группами в ответах на данный тест, так как больные наркоманией группируют дескрипторы, отличные от группируемых здоровыми испытуемыми. Дополнительный опрос больных о критериях объединения дескрипторов в группы показал, что часто они связывают группобразование с употреблением наркотиков. Например, больной мог выделить три группы по критериям «замут» (поиск наркотиков), «отсутствие кайфа» и «под кайфом».

Таким образом, тест «Группировка дескрипторов» позволил определить, что больные наркоманией группируют дескрипторы в меньшее число групп, при этом относя к одной группе большее число дескрипторов. Это явление можно считать еще одним проявлением диффузности и недифференцированности интрацептивного словаря этих больных, поскольку неспособность отдифференцировать дескрипторы заставляет больного объединять в большие группы разнородные дескрипторы, соответственно уменьшая и число групп.

На основании полученных результатов можно сделать предположение о категориальной дефицитарности (дефицитарности категоризации), категориальной «бедности» индивидуальных систем значений внутреннего восприятия и внутреннего опыта больных опийной наркоманией.

3.2.3. Исследование ассоциирования и ассоциаций интрацептивных значений и невербальных стимулов у больных опийной наркоманией*

Ассоциативные механизмы являются важной составляющей когнитивных процессов, а дефицитарность ассоциативной сферы может выступать как неблагоприятный фактор развития психических, психосоматических и наркологических заболеваний. Следует отметить, что особенности ассоциаций у больных опийной наркоманией и возможности участия нарушений ассоциативной сферы в этиологии и патогенезе зависимостей от психоактивных веществ практически не исследовались.

Говоря об ассоциативной сфере, мы подразумеваем под ассоциацией любую связь или близость элементов психического, причем природа этой связи или близости часто может быть неясной или неопределенной. В роли ассоциируемых элементов психического могут выступать сенсорные стимулы — образы, ощущения, звуки, запахи; составляющие субъективного опыта, воспоминания; эмоциональные состояния и т.д., но в силу ведущей роли знаково-символического опосредствования в психических процессах человека наибольший интерес представляют знаковые ассоциируемые элементы — значения. Под ассоциированием подразумевается такое отношение двух (или более) элементов психического, когда при попадании в фокус сознания одного из них, другой (другие) также актуализируется в фокусе сознания.

Поскольку исследованием генезиса, строения и функционирования индивидуальной системы значений занимается такая область психологии, как психосемантика, исследования ассоциаций значений относятся к психосемантическим.

Психологические методики, исследующие ассоциации и ассоциирование, называют ассоциативными тестами. При этом если в ассоциативном тесте испытуемый так или иначе оперирует значениями, то данный тест будет относиться к психосемантическим. Именно та-

* В экспериментальных исследованиях принимали участие В.В. Максимов, М.В. Руднева, Г.Е. Рупчев.

кие тесты были использованы в описываемом исследовании – в разработанных для данного исследования ассоциативных тестах испытуемому предлагалось продуцировать, записав в бланк* ассоциации на определенные стимулы (которыми были – в одном случае – слова (значения), в другом – цветные прямоугольники). Используемые ассоциативные методики были обозначены как «Ассоциативный тест» и «Ассоциативный цветовой тест». Поскольку ответами испытуемого в обоих случаях являлись слова (значения), то предложенные тесты можно отнести к психосемантическим.

По мнению Е.Ю. Артемьевой, «единственный способ выявить актуальные свойства объекта и структуры субъективного опыта – это изучать их в условиях неопределенных инструкций, нерегламентированных задач», автор говорит о необходимости «раскрепощения» инструкций психологических методик (Артемьева, 1980, стр. 108). В ассоциативных тестах степень такой «раскрепощенности» инструкций очень велика.

Таким образом, методология ассоциативных тестов имеет преимущество по отношению к опросникам, где инструкции жестко регламентированы и респондент ограничен в своем выборе. Если противопоставить дискурсивное (рассудочное) и интуитивное в плоскости психодиагностики, то ответ на ассоциативный тест не дискурсивен, а ответ на опросник – дискурсивен. В жизни же решения принимаются часто интуитивно. По-видимому, это особенно верно в отношении некоторых случаев психопатологии, в частности в отношении больных наркоманиями.

Методика «Ассоциативный тест» разработана в целях исследования ассоциативных связей и ассоциативных полей дескрипторов внутренних ощущений и субъективных состояний. Используемый в тесте набор из тридцати дескрипторов сформирован на основе набора дескрипторов методики «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений» (см. выше) с рядом изменений и добавлений. Были разработаны компьютерный и бланковый (с последующей компьютерной обработкой) варианты теста. Испытуемому последовательно предъяв-

* Разработаны также варианты методик, в которых испытуемый сам вводит свои ассоциации в компьютер или просто диктует их экспериментатору.

Набор дескрипторов 179

- 1 ЖЕЗЛЕНИЕ
- 2 ДАВЛЕНИЕ
- 3 ШЕКОТКА
- 4 БОЛЬ
- 5 ГОЛОД
- 6 ОНЕМЕНИЕ
- 7 ДРОЖЬ
- 8 СЛАБОСТЬ
- 9 БЕСЧУВСТВИЕ
- 10 ЛОМОТА
- 11 УСТАЛОСТЬ
- 12 ЛИХОРАДКА
- 13 ТРЕВОГА
- 14 ТОСКА
- 15 ВОЗБУЖДЕНИЕ

После того как испытуемый вводит в компьютер результаты ассоциаций, компьютер автоматически проверяет наличие ассоциаций и выдает результаты. Ассоциации сохраняются в базе данных.

При использовании бланкового варианта методики испытуемый диктует ассоциации экспериментатору, который вводит их в компьютер.

лялись 30 дескрипторов и предоставлялась возможность вписать в бланк* или ввести в компьютер с клавиатуры** от нуля до десяти вербальных ассоциаций на каждое предъявляемое слово. В бланковом варианте методики давалась инструкция: «Запишите Ваши ассоциации на слова (может быть от 0 до 10 ассоциаций)», в компьютерном варианте методики давалась инструкция: «Запишите Ваши ассоциации на слово» и предъявлялся дескриптор. Время ответов не ограничивалось.

Набор дескрипторов для «Ассоциативного теста»

- | | |
|-----------------|-------------------|
| 1. ЖЖЕНИЕ | 16. ЖАР |
| 2. ДАВЛЕНИЕ | 17. ГРУСТЬ |
| 3. ЩЕКOTKA | 18. ЛЕГКОСТЬ |
| 4. БОЛЬ | 19. УДУШЬЕ |
| 5. ГОЛОД | 20. ХОЛОД |
| 6. ОНЕМЕНИЕ | 21. ИСТОЩЕНИЕ |
| 7. ДРОЖЬ | 22. ПОДАВЛЕННОСТЬ |
| 8. СЛАБОСТЬ | 23. СТРАДАНИЕ |
| 9. БЕСЧУВСТВИЕ | 24. ОТРАВЛЕНИЕ |
| 10. ЛОМОТА | 25. ОПЬЯНЕНИЕ |
| 11. УСТАЛОСТЬ | 26. БОЛЕЗНЬ |
| 12. ЛИХОРАДКА | 27. ТЯЖЕСТЬ |
| 13. ТРЕВОГА | 28. ЗУД |
| 14. ТОСКА | 29. ТОШНОТА |
| 15. ВОЗБУЖДЕНИЕ | 30. ОЗНОБ |

После того как испытуемый записывал в бланк свои ассоциации, результаты вводились в компьютер (при компьютерном тестировании это соответственно происходило в процессе ответов респондента), проверялось наличие одинаковых ассоциаций на одно стимульное слово и набор ассоциаций на каждое слово автоматически корректировался так, чтобы все ассоциации на одно слово были различны, после этого результаты сохранялись в базе данных и вычислялись необхо-

* При использовании бланкового варианта.

** При использовании компьютерного варианта методики. (Операция ввода результатов в компьютер может выполняться и экспериментатором.)

димые для анализа переменные. Производилось вычисление «индивидуального» параметра, характеризующего отдельного респондента – «общего числа ассоциаций». Вычислялся также ряд параметров, характеризующих группу испытуемых: «общее количество ассоциаций в группе»; «среднее число ассоциаций»; «общее число совпадений» и «коэффициент группы». «Общее количество ассоциаций группы» рассчитывалось путем сложения показателей общего числа ассоциаций всех членов группы. «Среднее число ассоциаций» (в группе) получается отношением «общего количества ассоциаций группы» к количеству элементов в группе. Производился анализ наличия одинаковых ассоциаций на одно стимульное слово у двух различных респондентов группы, при этом осуществлялся «перебор» всех возможных пар испытуемых в группе и сумма обнаруженных совпадений во всех парах определялась как общее число совпадений (в группе). «Коэффициент группы» ($K_{гр}$) определяется отношением «общего числа совпадений» к числу возможных пар респондентов в группе (очевидно, что этот параметр будет также получен при усреднении по группе индивидуальных показателей «средних чисел совпадений», то есть отношения суммы совпадений отдельного члена группы по всем возможным парам, образуемым им с другими членами группы, к числу таких возможных пар – в этом случае возможно получение и информации о показателях распределения $K_{гр}$, например дисперсии или стандартной ошибки среднего) (табл. 18). Методика предполагала также расчет групповых показателей частотности. Для каждого из тридцати дескрипторов вычислялись такие показатели, как «общее число ассо-

Таблица 18

Результаты исследования по методике «Ассоциативный тест»

Шкала	Больные наркоманией	Контрольная группа
1. Общее число ассоциаций (среднее по группе)	64.70±6.15	81.60±6.70
2. Среднее число совпадений с членами группы больных ($K_{гр}$)	2.30±0.87	3.43±0.98
3. Среднее число совпадений с членами контрольной группы	3.37±0.35	4.60±0.31 ($K_{к}$)

циаций на слово» (в группе) и «число различных ассоциаций на слово» (в группе). «Общее число ассоциаций на слово» получалось путем сложения показателей количества ассоциаций на каждый дескриптор для всех респондентов группы, однако поскольку различные испытуемые могли давать одинаковые ассоциации на одно слово, вводился также параметр «число различных ассоциаций на слово», не учитывавший повторяющихся ассоциаций. Рассчитывались и показатели частотности для отдельных ассоциаций, показывавшие сколько раз в выборке встречается та или иная ассоциация на каждое из тридцати слов. В компьютерном варианте методики ассоциации на каждое слово ранжировались по их частотности, что облегчало анализ того, какие ассоциации являлись наиболее или наименее частотными в группе. Для каждого испытуемого также рассчитывалось среднее число совпадений с респондентами своей группы и среднее число совпадений с респондентами сравниваемой группы — т.е. ответы испытуемого последовательно сравнивались с ответами всех респондентов группы (своей* или «другой») и в случае наличия одинаковых ассоциаций на один и тот же стимул показатель совпадений соответственно увеличивался. Затем полученное число делилось на количество респондентов в группе. После проведения таких расчетов для каждого респондента полученные индивидуальные показатели средних чисел совпадений усреднялись уже по группе. Такие расчеты позволяли произвести оценку «нормативности»/«ненормативности» или «конвенциональности»/«неконвенциональности» ассоциаций исследуемых групп испытуемых — чем меньше совпадений в среднем у представителя группы с другими респондентами, тем «нормативность» («конвенциональность») ассоциаций в этой группе меньше и, соответственно, «ненормативность» («неконвенциональность») больше.

Методика «Ассоциативный цветовой тест» использовала ту же психодиагностическую модель, что и методика «Ассоциативный тест». Также были разработаны бланковый и компьютерный варианты теста. Испытуемому последовательно предъявлялись 10 цветных прямоугольников разных цветов и предоставлялась возможность вписать в бланк (при использовании бланкового варианта) или ввести в компь-

* За исключением ответов самого выбранного испытуемого.

ютер с клавиатуры (при использовании компьютерного варианта методики) от нуля до десяти ассоциаций на каждый предъявляемый цвет. Предъявлялись следующие цвета: ЧЕРНЫЙ, ЗЕЛЕНый, КРАСНЫЙ, ЖЕЛТЫЙ, ФИОЛЕТОВЫЙ, СИНИЙ, СЕРЫЙ, БЕЛЫЙ, ГОЛУБОЙ, КОРИЧНЕВЫЙ. Ассоциация должна была быть представлена вербально, при этом никаких ограничений не вводилось. В бланковом варианте методики давалась инструкция: «Запишите Ваши ассоциации на цвета, которые будут предъявлены Вам на карточках (может быть от 0 до 10 ассоциаций)». В компьютерном варианте методики давалась инструкция: «Запишите Ваши ассоциации на цвет» и последовательно предъявлялись соответствующие цветные прямоугольники на черном фоне. Время ответов не ограничивалось. После того как испытуемый записывал в бланк свои ассоциации, эти результаты заносятся в компьютер (при компьютерном тестировании это соответственно происходило в процессе ответов респондента) и, аналогично расчетам при обработке данных в методике «Ассоциативный тест», рассчитывалось «общее число ассоциаций», которое служило основной индивидуальной числовой характеристикой испытуемого в данном тесте. В процессе тестирования с помощью методики «Ассоциативный цветовой тест» также экспертно определялся ряд показателей («наличие/отсутствие подмены стимула», «наличие/отсутствие одинаковых ассоциаций на один стимул», «наличие/отсутствие одинаковых ассоциаций на разные стимулы»), подробно описанных ниже. Далее, аналогично процедуре методики «Ассоциативный тест», проверялось наличие одинаковых ассоциаций на одно слово и набор ассоциаций респондентов на каждое слово автоматически корректировался так, чтобы все ассоциации на одно слово были различны, после этого результаты сохранялись в базе данных и вычислялись необходимые для анализа переменные (аналогичные параметрам, вычисляемым для результатов методики «Ассоциативный тест» — см. выше). Несмотря на то что данная методика и не предлагает испытуемому интрацептивных значений в качестве стимульного материала, результаты ее применения интересны с точки зрения исследования механизмов ассоциирования значений вообще и в плане сопоставления их с

* Эта операция могла быть выполнена экспериментатором.

результатами, полученными при использовании методики «Ассоциативный тест», поэтому мы считаем возможным привести здесь результаты исследований с ее применением вместе с результатами применения методики «Ассоциативный тест». К тому же в ряде психологических исследований (Русина, 1982, 1983; Артемьева, 1999) показано существование устойчивых семантических свойств в оценке цветов. При этом многие из указываемых семантических свойств могут при желании одновременно рассматриваться и как интрацептивные значения. Так, например, Н.А. Русина устойчивыми семантическими свойствами или дескрипторами красного цвета называет: «взволнованный», «горячий», «активный», «напряженный», «возбуждающий», «свежий», «смелый»; а голубого – «нежный», «приятный», «тихий», «спокойный», «ясный», «светлый», «открытый», «красивый», «скромный», «миролюбивый», «успокаивающий», «чистый», «расслабленный» (Русина, 1982). Е.Ю. Артемьева приводит следующие психологические значения цветов: красный – «сильная горячая активность», оранжевый – «беспокойная активность и теплота», желтый – «светлая свежесть и чистота», зеленый – «приятная чистота и красота», голубой – «нежность и спокойствие», синий – «приятная свежесть», фиолетовый – «приятное спокойствие», белый – «спокойная легкость и чистота», черный – «неприятная сила» (Артемьева, 1999, стр. 104). Г.Э. Бреслав приводит понятия, по его мнению, максимально связанные с тем или иным цветом: для белого цвета это – «свет» и «начало», для черного – «конец» и «тьма», для серого – «стабильность» и «холодность», для красного – «возбуждение» и «активность», для желтого цвета – «энергия» и «тепло», для зеленого – «равновесие» и «сила», для синего – «успокоение» и «удовлетворение» (Бреслав, 2000). Г. Фрилинг и К. Ауэр приводят следующую классификацию цветов по их психологическому воздействию на человека: 1. *Стимулирующие цвета («теплые»)*. Основное свойство этих цветов – вызывать возбуждение. К ним относится спектр цветов от красного до желтого. Эта часть спектра включает в себя яркие, насыщенные и светлые цвета, их действие раздражающее и возбуждающее. Они стимулируют интерес человека к внешнему миру, общению и деятельности. 2. *Дезинтегрирующие цвета («холодные»)*. Основное свойство этих цветов – вызывать торможение. К ним относится весь спектр цветов от

фиолетового до сине-зеленого. Это холодные, успокаивающие и снимающие возбуждение тона. Они увеличивают дистанцию, растягивают время, уменьшают эмоциональность и вносят в поведение человека рассудочность, рациональность. 3. *Статические цвета* («уравновешивающие»). Основное свойство данных цветов – уравновешенность (равновесие). Сюда относятся зеленый, желто-зеленый, оливковый и другие цвета средней части спектра как светлых, так и темных оттенков. Они способствуют спокойствию и уравновешенности, стабильности и погруженности человека в свой внутренний мир. 4. *Пастельные цвета* («мягкие»). Эти цвета обладают свойством вызывать ощущение мягкости, нежности, слабости. Сюда относятся розовый, салатный, серо-голубой и лиловый, обладающие малой насыщенностью. Это чистые, приглушенные, мягкие тона, создающие ощущение сдержанности, скромности, нежности и ласки. 5. *Подавляющие цвета* («угнетающие»). Основное их свойство – вызывать ощущение угнетения и давления. Это черный и другие цвета спектра с близкой к нему светлотой и повышенной насыщенностью. Они производят мрачное, угрюмое, гнетущее впечатление, вызывают тоску и страх (Фрилинг, Ауэр, 1973).

С помощью методик «Ассоциативный тест» и «Ассоциативный цветовой тест» были исследованы: группа больных опийной наркоманией – 30 человек (22 мужчины и 8 женщин), средний возраст – $24,7 \pm 1,4$ года, регулярно употреблявших наркотик внутривенно в течение года и более, и контрольная группа здоровых испытуемых – 30 человек (19 мужчин и 11 женщин), средний возраст – $31,9 \pm 2,6$ года. Все респонденты были исследованы с применением бланкового варианта методики и затем полученные результаты были занесены в компьютер и обработаны с помощью специально разработанных программ.

Было произведено сравнение групп по параметрам: для результатов по методике «Ассоциативный тест» – «общее число ассоциаций»; «среднее число совпадений с членами группы больных наркоманией»; «среднее число совпадений с членами контрольной группы». Аналогичное сравнение производилось для параметров, которые были получены по методике «Ассоциативный цветовой тест», помимо этого

для результатов по данной методике сравнивался ряд экспертно оцениваемых параметров (см. ниже).

Результаты исследования по методике «Ассоциативный тест» приведены в таблице 18.

Для «Ассоциативного теста» в группе больных опийной наркоманией показатель «Общее число ассоциаций» варьировал от 41 до 98, показатель «Среднее число совпадений с членами группы больных наркоманией» — от 1,0 до 4,1, а показатель «Среднее число совпадений с членами контрольной группы» — от 2,9 до 4,4. В контрольной группе показатель «Общее число ассоциаций» варьировал от 41 до 148, показатель «Среднее число совпадений с членами группы больных наркоманией» — от 0,8 до 6,3, а показатель «Среднее число совпадений с членами контрольной группы» — от 0,3 до 7,3. Таким образом, у здоровых испытуемых была обнаружена большая вариативность исследовавшихся параметров.

Статистически достоверных различий (использовался критерий Манна-Уитни при $p < 0,05$) между группами для этого теста обнаружено не было. Однако следует отметить заметно меньшее среднее число ассоциаций в группе больных опийной наркоманией, что дает определенные основания предположить у этих больных тенденцию к ограниченности, односторонности или суженности ассоциативной сферы, возможно, связанную с фиксированностью больных наркоманией на всем, что имеет отношение к потреблению наркотика, и с ослаблением интереса ко всему остальному. Наибольшее число ассоциаций вызывали дескрипторы: «боль», «болезнь», «давление» и «дрожь» — в группе больных наркоманией, и «жжение», «боль», «тоска», «болезнь» — в контрольной группе; наименьшее: «озноб», «тошнота» — в группе больных наркоманией, и «грусть», «ломота» — в контрольной группе. У больных наркоманией ряд ассоциаций интрацептивных значений были связаны с употреблением наркотиков (около 5% от всех ассоциаций). Например, можно привести такие примеры ассоциаций, как «боль» — «абстинентный синдром», «голод» — «опиат», «дрожь» — «ломка», «тревога» — «когда ждешь “замута”», «тревога» — «страх, что можешь опять сорваться», «возбуждение» — «эффект от “прихода”», «отравление» — «передозировка». Значительную часть ассоциаций интрацептивных значений у больных наркоманией составляли другие интрацеп-

тивные значения, преимущественно связанные с болезненными или неприятными ощущениями (примерно 16%). Например: «жжение»—«боль», «дрожь»—«знобить», «удушие»—«спазм», «зуд»—«озноб», «бесчувствие»—«онемение». Обнаруженное здесь выраженное преобладание актуализирования больными значений с неагитивной окраской опровергает высказывавшуюся ранее гипотезу о том, что «больные наркоманией осознают и воспринимают свою телесность в основном через приятные, гедонистические переживания, тогда как в норме осознание телесности происходит в основном при наличии каких-либо неприятных соматических или эмоциональных состояний» (Бузина, Тхостов, 2001, стр. 57). Некоторые ассоциации в группе больных были связаны с психологическими состояниями («одиночество» (на «страдание»), скука (на «болезнь»), «агрессия» (на «дрожь»)) или реакциями («улыбка» и «смех» (на «щекотка»)). Наиболее частотными у больных наркоманией были ассоциации «жжение»—«ожог», «щекотка»—«раздражение», «щекотка»—«смех», «боль»—«головная», «боль»—«душевная», «лихорадка»—«болезнь», «легкость»—«хорошее настроение», «дрожь»—«холод». В целом количество совпадающих ассоциаций в группе больных наркоманией было невелико. Отношение общего числа совпадений в группе (т.е. в результате перебора всех возможных пар) к числу возможных пар (данный показатель обозначен нами как коэффициент группы — $K_{гр}$) составляло 2,3 (против 4,6 в контрольной группе). Таким образом, можно предположить, что ассоциации интрацептивных значений у больных опийной наркоманией носят ненормативный характер, «вычурны». Интересно, что при вычислении в объединенной выборке элементов с максимальным числом совпадений для всех членов группы больных опийной наркоманией такими элементами оказывались участники контрольной группы. Для всех членов контрольной группы элементами с максимальным числом совпадений в объединенной выборке были другие члены контрольной группы. При этом можно было выделить в контрольной группе несколько человек (их можно назвать «сверхнормативными»), которые были элементами с максимальным числом совпадений для подавляющего большинства участников объединенной выборки. В контрольной группе достаточно часто (намного чаще, чем в ответах на «Ассоциативный цветовой тест», где стимулами были цветовые пря-

моугольники, не связанные непосредственно с внутренним восприятием) встречались одинаковые ассоциации на разные стимульные слова. Наиболее часто это были ассоциации «болезнь» и «боль» (обе эти ассоциации повторялись практически в 100% случаев). По-видимому, в данном случае это объясняется не пониженной тормозимостью следов предыдущих ассоциаций, а специфичностью стимульного материала – связанные с внутренним восприятием стимулы провоцировали у здоровых субъектов в основном связанные с внутренним восприятием ответы (ассоциации), а так как активный интрацептивный словарь здоровых индивидов имеет, по-видимому, небольшой объем (это хорошо коррелирует с результатами исследований интрацептивных словарей А.Ш. Тхостова – в проведенном им исследовании здоровые испытуемые показали наименьшие объемы «знакового» и «болезненного» интрацептивных словарей по сравнению с больными шизофренией, неврозами, инфарктом миокарда и раком желудка (Тхостов, 2002)), некоторые ассоциации довольно часто повторялись. У больных наркоманией ассоциации «боль» и «болезнь» также часто повторялись в ответах на различные стимульные слова, однако несколько реже, чем у здоровых. При этом больные наркоманией демонстрировали как меньшее число ассоциаций вообще, так и намного больше индивидуальных, неповторявшихся ассоциаций. Ассоциация «боль» повторялась у больных наркоманией в 30% случаев, «болезнь» – в 6,67%. У здоровых испытуемых наиболее частотными парами стимул-ассоциация были: «жжение»–«боль», «щекотка»–«смех», «боль»–«болезнь», «дрожь»–«холод», «слабость»–«болезнь», «усталость»–«работа», «тоска»–«одиночество», «возбуждение»–«секс», «жар»–«болезнь», «холод»–«голод», «холод»–«зима», «озноб»–«болезнь», «тошнота»–«рвота», «болезнь»–«боль», «отравление»–«рвота». Как видно из представленного списка, большинство ассоциаций стимульных интрацептивных значений также можно отнести к интрацептивным значениям. У больных опийной наркоманией такая тенденция проявлялась несколько слабее (подробнее см. выше).

Исследования с применением методики «Ассоциативный цветовой тест» напрямую с внутренними ощущениями не связаны, однако позволили выявить специфические особенности ассоциирования больных опийной наркоманией, по-видимому, распространяющиеся и на

Таблица 19

Результаты исследования по методике «Ассоциативный цветовой тест»

Шкала	Больные наркоманией	Контрольная группа
1. Общее число ассоциаций (среднее по группе)	46,33±4,89	45,90±4,54
2. Среднее число совпадений с членами группы больных наркоманией	2,27±0,30 ($K_{гр}$)	3,03±0,27
3. Среднее число совпадений с членами контрольной группы	3,10±0,48	4,97±0,71 ($K_{гр}$)

ассоциирование значений внутреннего восприятия. Результаты, полученные в ходе исследования по методике «Ассоциативный цветовой тест», приведены в таблице 19.

Для «Ассоциативного цветового теста» в группе больных опийной наркоманией показатель «Общее число ассоциаций» варьировал от 17 до 66, показатель «Среднее число совпадений с членами группы больных наркоманией» – от 0,3 до 3,5, а показатель «Среднее число совпадений с членами контрольной группы» – от 0,11 до 4,89. В контрольной группе показатель «Общее число ассоциаций» варьировал от 18 до 64, показатель «Среднее число совпадений с членами группы больных наркоманией» – от 1,55 до 4,91, а показатель «Среднее число совпадений с членами контрольной группы» – от 2,5 до 8,63. Таким образом, вариативность исследовавшихся параметров в двух группах для этого теста была схожей – это отличает результаты, полученные с помощью «Ассоциативного цветового теста», от результатов, полученных при использовании «Ассоциативного теста», где большую вариативность параметров демонстрировали здоровые испытуемые.

Группы различались по показателю «Среднее число совпадений с членами контрольной группы» (критерий Манна-Уитни, $p=0,04$). Учитывая тот факт, что данный параметр был больше для контрольной группы, это различие можно интерпретировать как использование здоровыми испытуемыми большего количества одинаковых, «стандартных», «нормативных» ассоциаций, тогда как ассоциации больных наркоманией – более «нестандартные», «вычурные», «ненормативные». Это подтверждается также существенными различиями по параметру

K_r : 2,27 у больных наркоманией и 4,97 у здоровых испытуемых (практически в 2,2 раза больше, чем в группе больных наркоманией). Обнаруженную ненормативность ассоциаций в группе больных наркоманией можно считать основным результатом исследования. Данные исследования позволяют предположить наличие у здоровых индивидов «нормативного ассоциативного ядра» (набора схожих, примерно одинаковых у всех респондентов ассоциаций на определенные стимулы, не наблюдаемого при опийной наркомании), которое, возможно, является фактором более высокой социальной адаптированности и отсутствие которого, соответственно, социально дезадаптирует потенциальных потребителей наркотиков, лишает их возможностей контроля своего поведения и побуждений путем сравнения с нормативными эталонами и приводит на путь патологического злоупотребления. Далее в процессе наркотизации в индивидуальной системе значений больного наркоманией наиболее значимыми, наиболее весомыми становятся значения, связанные со злоупотреблением наркотиками. Ассоциации же «нормативного ассоциативного ядра», возможно, присутствовавшие в ассоциативном пространстве наркомана до начала потребления наркотиков, становятся для него несущественными. Таким образом, как можно предположить, ассоциации больного наркоманией еще более индивидуализируются и, несмотря на то, что потребители наркотиков обычно делятся друг с другом впечатлениями о своих ощущениях при употреблении наркотиков и много общаются по вопросам, связанным с наркотиками, какого-либо специфического «наркоманического ассоциативного ядра» у них не формируется.

По результатам методики «Ассоциативный цветовой тест» исследовались также следующие показатели: наличие/отсутствие и выраженность феноменов «подмены стимула предыдущей ассоциацией» и «трудности (неспособности) оттормаживания ассоциаций». Феномен «подмены стимула предыдущей ассоциацией» фиксировался экспертно в случае, если предлагаемые респондентом ассоциации не имели, по мнению экспериментатора, четкого отношения к стимулу, при этом определенно будучи связаны с другой, уже предложенной респондентом на этот стимул ассоциацией (например, «синий цвет» → «снег», «лед», «пингвин», или «серый цвет» → «собака», «след», или «крас-

ный цвет» → «закат», «море», «обрыв», «человек на обрыве», или «красный цвет» → «метро», «пассажир» (приведенные примеры – ассоциативные цепочки больных вялотекущей шизофренией с обсессивно-компульсивным синдромом (первые 3 примера) и больного параноидной шизофренией (последний пример), обследовавшихся нами в ходе описываемого исследования как испытуемых группы сравнения)). Наличие хотя бы одного такого случая «подмены» считалось «наличием» феномена (столбец «отмечается» в таблицах 20 и 21), выраженным феномен считался в случае квалификации 5 и более «подмен» в ответах респондента. Феномен «трудности (неспособности) отторгивания ассоциаций» определялся по наличию/отсутствию «одинаковых ассоциаций на разные стимулы» и «одинаковых ассоциаций на один стимул» (хотя бы одной в обоих случаях) (см. табл. 20, 21).

Таблица 20

Выраженность показателей феноменов «подмены стимула предыдущей ассоциацией» и «трудность отторгивания ассоциаций» в исследованных группах

Группа	Подмена стимула		Одинаковые ассоциации на разные стимулы, % случаев	Одинаковые ассоциации на один стимул, % случаев
	Отмечается, % случаев	Выражена, % случаев		
Больные опийной наркоманией	72,7	0,0	27,3	9,1
Контрольная группа	70,0	10,0	10,0	0,0

Таблица 21

Выраженность показателей феноменов «подмены стимула предыдущей ассоциацией» и «трудность отторгивания ассоциаций» в группах сравнения

Группа	Подмена стимула		Одинаковые ассоциации на разные стимулы, % случаев	Одинаковые ассоциации на один стимул, % случаев
	Отмечается, % случаев	Выражена (отмечена 5 и более раз), % случаев		
ВШ	87,5	50,0	81,25	18,75
ШАП	83,33	44,44	50,0	22,22
ППШ	81,25	50,0	81,25	37,5

Для показателей наличия «одинаковых ассоциаций на разные стимулы» и «одинаковых ассоциаций на один стимул» были обнаружены статистически достоверные различия между группами (критерий Манна-Уитни, $p < 0,05$), при этом у больных опийной наркоманией данные показатели «трудности (неспособности) оттормаживания ассоциаций» были существенно выше. Это позволяет говорить о наличии определенной когнитивной дефицитарности этих больных, трудности или даже неспособности их контролировать процесс ассоциирования, слабости психических процессов торможения. Для показателей «подмены стимула предыдущей ассоциацией» статистически достоверных различий между группами обнаружено не было.

Разработанная нами компьютерная программа позволяла также для каждого респондента находить набор ответов другого испытуемого с максимальным количеством одинаковых ассоциаций на одинаковые стимулы (при этом перебирались все возможные пары исследованных испытуемых и сравнивались их ассоциации на каждый стимул). Интересно, что в объединенной выборке из 60 человек (больные наркоманией – 30 человек, и контрольная группа – 30 человек) только для одного больного наркоманией из 30 исследованных испытуемым с максимальным числом одинаковых ассоциаций (6 совпадений) оказался другой больной наркоманией, для трех – совпадений с другими респондентами не было обнаружено вообще (испытуемых, не имеющих или имеющих минимум сходных ассоциаций с другими, можно обозначить как «ассоциативно вычурных»), для остальных же – максимальное число совпадений имел респондент группы «нормы». При этом максимальное число совпадений для группы больных наркоманией варьировало от 0 до 9 и в среднем было равно 5,6. Для группы же «нормы» это число варьировало от 5 до 11 (т.е. в этой группе «ассоциативно вычурных» испытуемых не было) и в среднем было равно 7,9. При этом только для одного из 30 испытуемых контрольной группы респондентом с максимальным числом совпадений (7 совпадений) был больной наркоманией, для всех остальных же это были другие испытуемые группы «нормы». Эти данные еще раз подтверждают предположение о существовании у здоровых испытуемых «нормативного ассоциативного ядра», отсутствующего или частично разрушенного у больных наркоманией.

Группы также различались по наиболее частотным ассоциациям на некоторые цвета. Так, на черный цвет в группе больных наркоманией наиболее частотной ассоциацией была «Смерть», тогда как в контрольной группе – ассоциации «Траур» и «Печаль»; на белый цвет в группе больных самой частотной ассоциацией было слово «Героин», а в группе здоровых – «Снег». Максимальное число ассоциаций в обеих группах вызывал черный цвет, минимальное – голубой в группе больных наркоманией, а в контрольной группе – синий и фиолетовый цвета. Следует отметить, что содержание ассоциаций у больных опийной наркоманией в значительной мере определялось опытом потребления наркотиков. Даже нейтральный, в принципе, стимул – цветной прямоугольник – больные очень часто ассоциировали со словами, связанными с наркотиками, то есть индивидуальная система значений этих больных настолько деформирована опытом потребления наркотиков, что «наркоманические значения» полностью доминируют в ней.

В качестве групп сравнения с помощью методики «Ассоциативный цветовой тест» нами были также исследованы больные рядом психических заболеваний: вялотекущей шизофренией с обсессивно-компульсивным синдромом (ВШ) – 16 человек, средний возраст – $26,2 \pm 1,9$ года; шизоаффективным психозом (ШАП) – 18 человек, средний возраст – $25,8 \pm 2,8$ года; параноидной шизофренией (ПШ) – 16 человек, средний возраст – $33,75 \pm 2,71$ года. Все больные данных трех групп проходили стационарное лечение в НЦПЗ РАМН. Целью исследования являлось выявление отличительных особенностей ассоциативной сферы больных опийной наркоманией по сравнению с больными психическими заболеваниями указанных групп. Оценивались следующие показатели: «общее число ассоциаций» (среднее по группе), «нормативность/ненормативность ассоциаций» (наличие и выраженность феномена «отсутствия нормативного ассоциативного ядра»), наличие и выраженность феноменов «подмены стимула предыдущей ассоциацией», «трудности (неспособности) отторгивания ассоциаций». При тестировании больных ВШ, ШАП и ПШ стимульные цвета «голубой» и «белый» не предъявлялись, поэтому при сравнении результатов некоторые показатели для групп больных опийной наркоманией и здоровых испытуемых были пересчитаны без учета ответов на эти цвета. По «общему числу ассоциаций» больные психическими

заболеваниями (ВШ, ШАП и ПШ) значительно превосходили как здоровых испытуемых, так и больных наркоманией (соответственно: ВШ – 79,69, ШАП – 79,89, ПШ – 79,81 против 36,27 (без учета ассоциаций на «голубой» и «белый» стимульные цвета) у больных наркоманией и 35,61 (без учета ассоциаций на «голубой» и «белый» стимульные цвета) у здоровых испытуемых) – продуцируя свои ассоциации на стимул, практически все исследовавшиеся больные психическими заболеваниями продолжали ассоциировать, пока не исчерпывали все предлагавшиеся им для этого процедурой тестирования возможности (тогда как больные наркоманией обычно быстро уставали от процедуры ассоциирования и даже если и давали в начале тестирования много ассоциаций, уменьшали количество ассоциаций на предъявлявшиеся последними стимульные цвета). Показатели «подмены стимула предыдущей ассоциацией» и «трудности (неспособности) оттормаживания ассоциаций» у больных психическими заболеваниями (см. табл. 21) были значительно больше, чем у больных наркоманией или здоровых испытуемых (см. табл. 20), несмотря на то что больным психическими заболеваниями предъявлялось на 2 стимульных цвета меньше и возможностей для «проявления» исследовавшихся феноменов при тестировании у них тоже, соответственно, было меньше. Следует отметить также выраженную вычурность, часто неадекватность ассоциаций больных психическими заболеваниями.

Это может быть интерпретировано как наличие особой формы нарушений ассоциативного компонента операционального мышления у больных с заболеваниями круга шизофрении. Также нужно отметить, что обнаруженная у больных ВШ, ШАП и ПШ высокая выраженность феноменов «подмены стимула предыдущей ассоциацией» и «неспособности оттормаживания ассоциаций», по нашему мнению, хорошо коррелирует с такими известными психопатологическими феноменами как «соскальзывания» и резонерство. Больные психическими заболеваниями часто продуцировали в качестве ассоциаций целые предложения, а иногда абстрактные или псевдонаучные понятия (например, обязательно заканчивающиеся на «ость»: «расслабленность», «сравнительность», «обобщенность» и т.п. – на «черный», и «солнечность», «веселость», «освещенность», «напористость» и т.п. – на «желтый» (ответы больного параноидной шизофренией)).

По показателю «ненормативности» ассоциаций как больные эндогенными психическими заболеваниями, так и больные опийной наркоманией существенно отличались от здоровых испытуемых. При этом наименьшую оценку «нормативности» (без учета ответов на непредъявлявшиеся в группах больных психическими заболеваниями стимульных цветов) имели больные опийной наркоманией ($K_{гр} = 1,77$). Они показали «нормативность» ассоциаций меньшую, чем больные ШАП ($K_{гр} = 1,92$), ВШ ($K_{гр} = 2,37$) и ПШ ($K_{гр} = 2,6$). Наибольшую же среди исследованных групп больных, но все равно существенно меньшую, чем здоровые испытуемые, оценку «нормативности» ассоциаций имели больные ПШ (хотя различия между группами больных ПШ и ВШ по этому показателю были не очень большими). Крайне высокие показатели «нормативности» ассоциаций в группе здоровых испытуемых ($K_{гр} = 4,21$) (без учета ответов на непредъявлявшиеся в группах больных психическими заболеваниями стимульных цветов) позволяют предположить наличие у здоровых индивидов «нормативного ассоциативного ядра», которое не наблюдается при изучавшихся психических и наркологических патологиях. Ассоциации больных опийной наркоманией можно квалифицировать как более «логичные» и менее «абстрагированные», чем ассоциации больных психическими заболеваниями, однако по отношению к ассоциациям здоровых испытуемых этого сказать нельзя, к тому же ассоциации больных опийной наркоманией, помимо того что вообще, в целом, представлялись вычурными, часто были пропитаны наркоманическим содержанием.

С помощью «Ассоциативного цветового теста» выяснилось, что обнаруженная при тестировании с применением «Ассоциативного теста» ассоциативная «ненормативность» является характерной не только для ассоциаций внутреннего восприятия, но и для всей ассоциативной сферы больных опийной наркоманией.

Нужно также отметить, что испытуемые (корреляционные исследования проводились в группах больных опийной наркоманией и здоровых испытуемых), имевшие более высокие усредненные показатели ассоциативной конгруэнтности («среднее число совпадений с членами группы больных наркоманией» и «среднее число совпадений с членами контрольной группы») с представителями «своей» группы, имели и более высокие усредненные показатели ассоциативной конгру-

Таким образом, в результате обнаруженных корреляций можно также предположить их больничности больных опийной наркоманией. Таким образом, в результате обнаруженных корреляций можно также предположить их больничности больных опийной наркоманией. Таким образом, в результате обнаруженных корреляций можно также предположить их больничности больных опийной наркоманией.

энтности с представителями «другой». Были обнаружены следующие статистически значимые положительные корреляции (метод Спирмена, $p < 0,05$): в группе больных наркоманией – между средним числом совпадений с членами группы больных наркоманией и средним числом совпадений с членами контрольной группы в «Ассоциативном цветовом тесте» ($R=0,72$; $p=0,013$); в группе здоровых испытуемых – между средним числом совпадений с членами группы больных наркоманией и средним числом совпадений с членами контрольной группы в «Ассоциативном цветовом тесте» ($R=0,75$; $p=0,002$), между средним числом совпадений с членами группы больных наркоманией и средним числом совпадений с членами контрольной группы в «Ассоциативном тесте» ($R=0,9$; $p=0,00004$). В контрольной группе можно также отметить высокую корреляцию между средним числом совпадений с членами группы больных наркоманией и общим числом ассоциаций в «Ассоциативном тесте» ($R=0,9$; $p=0,00003$). Большее число обнаруженных корреляций в группе здоровых испытуемых позволяет предположить их большую ассоциативную конгруэнтность, а также является еще одним доказательством ассоциативной ненормативности больных опийной наркоманией.

Таким образом, в результате проведенного исследования обнаружено, что больные опийной наркоманией: не имеют «нормативного» ассоциативного ядра; когнитивно дефицитарны, что выражается в сниженной способности процессов ассоциативного торможения и контроля; обладают сильно деформированной опытом патологического потребления наркотиков индивидуальной системой значений. Предложенные психосемантические методики позволяют определить степень когерентности (конгруэнтности) внутреннего опыта нормативному (группе) и проанализировать степень усвоенности–неусвоенности общественных или групповых норм.

В отношении ассоциирования интрацептивных значений следует отметить меньшее в среднем число ассоциаций на стимулы с интрацептивным значением у больных опийной наркоманией по сравнению с контрольной группой и их ненормативность, что еще раз подтверждает гипотезу об отсутствии у них «нормативного» ассоциативного ядра.

Вообще о ненормативности индивидуальных систем значений внутреннего восприятия у больных опийной наркоманией говорят и представленные выше исследования интрацептивных словарей таких больных. Между человеком и обществом существует конвенция, и это не только социальные нормы, мораль, но и язык. Деформации языка, в частности средств языка для означения внутренних ощущений – свидетельство неконвенциональности носителей такой деформации, они оказываются вне нормы, то есть – ненормативны.

По-видимому, мы можем условно разделить ассоциации на «аффективные» – связанные с индивидуальным субъективным опытом, и «когнитивные» – нормативные, усвоенные как знание (Солнце – желтое и т.п.). И, таким образом, каждую ассоциацию можно квалифицировать по степени принадлежности к «аффективным» или «когнитивным» (вероятно, что показатели таких принадлежностей в определенной степени реципрокны). При аффективном ассоциировании должно присутствовать вегетативное изменение, стимул влияет (воздействует, волнует, трогает – to affect) на человека, при этом проявляются скрытые аффективные комплексы (в понимании «комплекса» К.Г. Юнгом). При когнитивном же ассоциировании человек просто подбирает нормативную ассоциацию – как бы решает когнитивную задачу. При этом нет аффекта, нет вегетативных изменений. С позиций аналитической психологии, при аффективных ассоциациях должно увеличиваться время реакции, так как всплывает определенный контекст, определяющий комплекс – объединенный единым аффектом набор ассоциаций, при когнитивном же ассоциировании время реакции минимально, так как действует простой когнитивный механизм – подбирается нормативная ассоциация среди усвоенного словаря. То есть механизмы когнитивного и аффективного ассоциирования сильно различаются. Основываясь на результатах исследований ассоциативной сферы, можно предположить, что у больных опийной наркоманией, вероятно, преобладает аффективное ассоциирование, однако у курильщиков табака, как будет показано ниже, в случаях опасных для здоровья стимулов курения аффективное ассоциирование подавляется – что представляет собой своеобразный механизм психологической защиты. Ассоциации также можно, по-видимому, разделить на ассоциации к значению – т.е. к значению стимула, и ассоциа-

ции к знаку — по созвучию со словом (если знак вербален) и т.п. Ассоциация, объединяющая несколько стимулов, в ряде случаев — когда ассоциирование не детерминировано неспособностью индивида от тормозить следы предыдущего ассоциирования, имеет категориальную функцию, по таким ассоциациям мы можем судить о категориальной структуре и сложности индивидуальных систем значений. Можно предположить, что ассоциирование в ряде случаев определяется когнитивной дифференцированностью/недифференцированностью или полезависимостью/полнезависимостью субъекта. По-видимому, ассоциирование у полезависимых, когнитивно недифференцированных субъектов осуществляется при большей роли внешних и ситуативных факторов (однако эта гипотеза нуждается в экспериментальной проверке).

Мы можем дифференцировать ассоциации также на «как бы непосредственные» и «опосредствованные». Первые являются отражением социальных штампов, навязываемых субъекту рекламой, пропагандой и т.п. Понятия ассоциированы за счет своей близости в этих штампах (например «народ» и «партия»). Тут действует механизм ассоциативного припоминания. Опосредствованные же ассоциации связаны между собой аффектом (как части одного комплекса) или логикой (категориально или причинно-следственно).

Ассоциации можно условно также разделить на: «сливающиеся в устойчивое или высокочастотно употребляемое словосочетание» — например понятия «боль» и «зуб»: боль+зуб = зубная боль; и «не сливающиеся» — например «теплота» и «жар». Анализ результатов «Ассоциативного теста» не выявил выраженных различий между больными опийной наркоманией и здоровыми испытуемыми по встречаемости «сливающихся» ассоциаций, хотя нужно отметить, что у отдельных больных наркоманией проявлялись тенденции к такому «слиянию», чего в группе здоровых не было совсем.

Можно предположить, что одним из факторов ассоциирования двух (или более) понятий (значений) может быть их одновременная значимость, или сильная эмоциональная окрашенность в определенный момент жизни ассоциирующего — сильное переживание, сильный эмоциональный опыт, так или иначе сопряженный с этими понятиями. Также можно высказать предположение, что вероятность актуализа-

ции понятия в качестве ассоциации тем более, чем больше знакомость этого понятия.

3.2.4. Исследование типов связей между значениями (включая интрацептивные значения) у табакокурильщиков*

Данное исследование проведено на другой клинической модели – табачной или никотиновой зависимости. Нужно отметить, что, несмотря на ряд существенных различий, основным из которых является то, что табакокурение, в отличие от опийной наркомании (которая является основной исследовательской моделью в данной работе), не «уводит» зависимого индивида «из реальности», существует и множество параллелей между никотиновой зависимостью и опийной наркоманией. Это и наблюдаемые в обоих случаях значительные трудности отказа от употребления ПАВ, и «выраженность» зависимости, и практическое отсутствие «перерывов» в употреблении, систематичность потребления. Главным же фактором, объединяющим эти две зависимости, является очевидная выраженная роль фактора телесности, что в контексте данной работы особенно интересно. Нужно также отметить, что все без исключения больные опийной наркоманией, исследованные в рамках этой работы, были никотинозависимыми – заядлыми курильщиками, причем подавляющее большинство выкуривало в день значительное число сигарет (папирос) – пачку или даже больше.

Отмечают, что систематическое курение табака в подавляющем большинстве случаев (называют цифру 93%) сопровождается появлением табачной зависимости (Смирнов, 1987, 1993; Vogt, 1990), которую рассматривают как одну из форм расстройств влечения (Смирнов, 1993). Считают, что, в отличие от наркоманий, токсикоманий и алкоголизма, курение табака не приводит к снижению интеллекта и характерологическим сдвигам (Смирнов, 1987, 1993; Sees, 1989). В зарубежной (североамериканской и европейской) психиатрии с 1980

* В экспериментальном исследовании принимал участие В.В. Максимов.

года официально признавался диагноз «табачная зависимость», с 1987 года он был заменен на «зависимость от никотина» (Sawc, 1992; Лузи-ков, 1992; Смирнов, 1993). так как именно никотин играет ведущую роль в формировании толерантности к табаку и патологического влечения к его курению (Nordberg, 1987; Miller, 1989; Смирнов, 1993). При табакокурении наблюдаются психическая и физическая зависимость, состояние абстиненции (Качаев и др., 1982).

Значения, представленные в индивидуальном сознании, — вербальные формы и образы, символы — находятся в определенных отношениях между собой. Мы предполагаем, что пара значений может быть связана «логически» — на основе когнитивных механизмов или «эмоционально» — на основе субъективного содержания связанных с этими значениями личностных смыслов или их ассоциативных полей. В первом случае между значениями устанавливаются определенные отношения — сходства, различия, равенства, неравенства, причины и следствия и т.п., — осознаваемые индивидом. Вероятно, синкретическим вариантом таких отношений являются отношения, построенные на основе сходства/различия каких-либо признаков этих значений — формы, размера и т.д. Во втором же случае — отношения логики уступают место сходству эмоциональной окраски или общности ассоциативных связей этих значений.

Основанием для данного исследования стало предположение, что значения, относящиеся к сфере потребления табака, у курильщиков, в силу наличия особого личного смысла, связаны между собой или с «нейтральными» по отношению к курению значениями не так, как у некурящих.

Были исследованы 2 группы испытуемых: группа курильщиков табака — 49 человек (25 мужчин и 24 женщины); средний возраст их составил $28,33 \pm 2,13$ года, средний стаж курения — $10,67 \pm 3,54$ года, среднее количество выкуриваемых в день сигарет — $7,33 \pm 1,35$; контрольная группа некурящих испытуемых — 54 человека (34 женщины и 20 мужчин), средний возраст — $33,22 \pm 4,48$ года.

Использовалась оригинальная методика (тест «Связывание слов»), в которой испытуемому предлагались 44 пары слов, — из них в 22-х парах одно слово было по значению связано с курением; в других же 22-х парах все слова непосредственного отношения к курению не

имели – и набор из 15 значков, из которых предлагалось выбрать для каждой пары слов один – наиболее подходящий, чтобы «связать» между собой слова этой пары. Исследование сопровождалось инструкцией: «Вам будут предложены пары слов. Соедините, пожалуйста, слова в каждой паре любым (одним) из предлагаемого набора знаков. Вы можете использовать один и тот же знак многократно». Набор значков представлен на рисунке 18; пары слов – в таблицах 22 и 23. В таблице 22 представлены 22 пары слов, в которых одно из слов пары имеет отношение к курению; в таблице 23 – 22 пары слов с предположительно нейтральными по отношению к курению значениями. Мы предполагали, что 5 из предлагаемых знаков – знаки равенства, неравенства и «стрелки» – при их выборе для соединения слов отражают когнитивно-логическое связывание, – означая причинно-следственные отношения и отношения равенства–неравенства между словами; знак же «сердца» и «рожицы» отражают эмоциональное связывание – означая, предположительно, эмоции или ассоциации «любви» («сердце»), «печали» («рожица» с опущенными вниз уголками «рта»), «агрессии» («рожица» с «зубами») и «радости» («рожица» с поднятыми вверх уголками «рта»). Остальные же значки («круг», «квадрат», «тре-

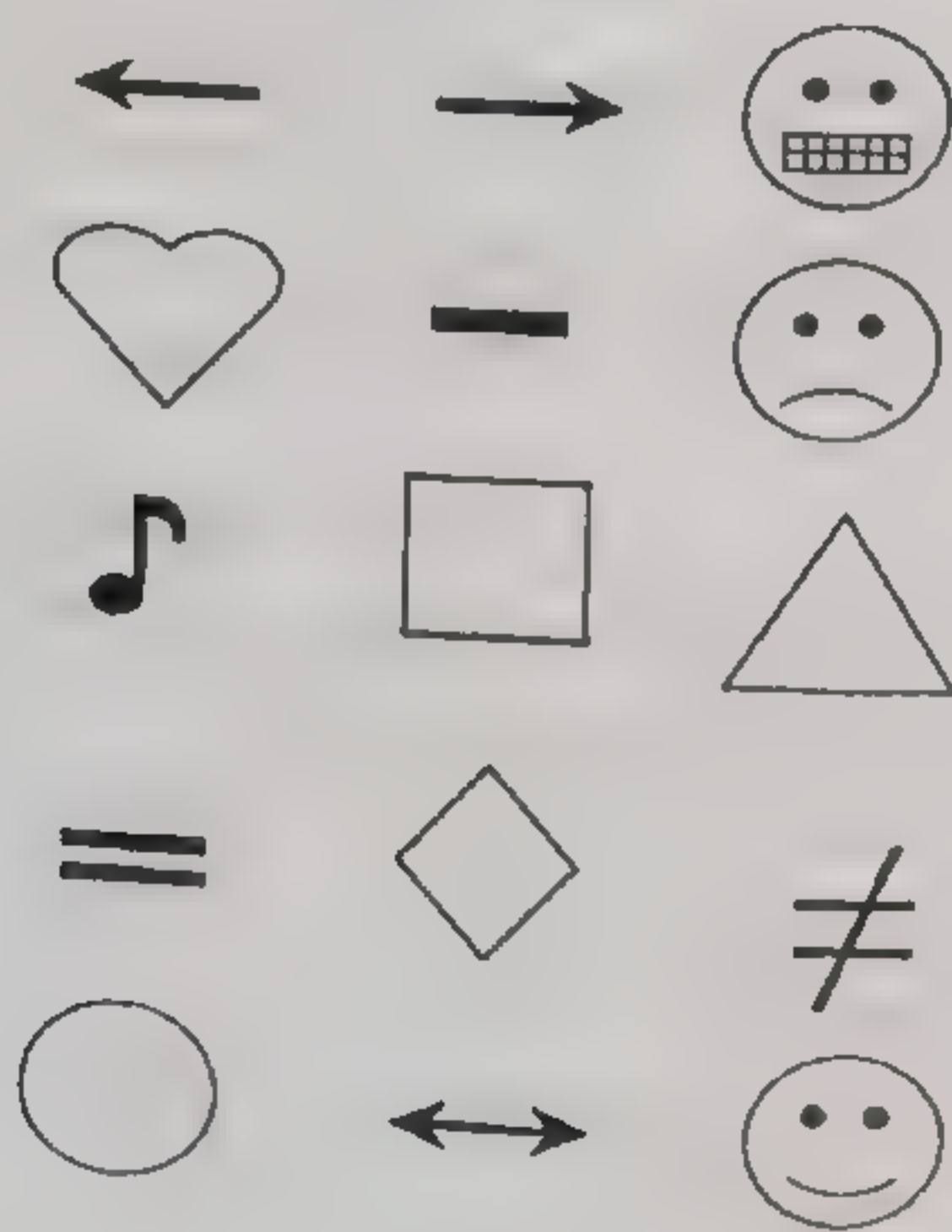


Рис. 18. Набор значков теста «Связывание слов»

Пары слов. н

Сигарета	_____	Бо
Курить	_____	Рс
Дым	_____	Ра
Табак	_____	Ле
Жизнь	_____	Ку
Пепел	_____	За
Рубль	_____	П
Марка	_____	С
Тошнота	_____	К
Табак	_____	А
Смешной	_____	К

угольник», «ромб»,
неопределенные или
Анализировалис
льх связок в наборе
чество использовани
«печаль», «агрессия
нальных связок тиг
ная 3), «радость»
наборе; количество
использованных п
еида), «равно» и «н
ких» связок в этом
ных при заполнени

Таблица 22

Пары слов, из которых одно имеет отношение к курению
(тест «Связывание слов»)

Сигарета _____ Болезнь	Курение _____ Плохо
Курить _____ Ребенок	Курить _____ Пить
Дым _____ Радость	Терпкость _____ Дым
Табак _____ Лекарство	Табак _____ Вдыхать
Жизнь _____ Курение	Трава _____ Пепел
Пепел _____ Запах	Работать _____ Курение
Рубль _____ Пачка	Весело _____ Сигарета
Марка _____ Сигареты	Много _____ Курить
Тошнота _____ Курить	Я _____ Сигарета
Табак _____ Алкоголь	Курить _____ Родители
Смешной _____ Курильщик	Табак _____ Любить

угольник», «ромб», «полоска», «нота») предположительно отражали неопределенные или синкретические отношения.

Анализировались следующие переменные: количество эмоциональных связок в наборе пар слов, не связанных с курением, – общее количество использованных при заполнении таблицы 23 значков «любовь», «печаль», «агрессия», «радость» (переменная 1); количество эмоциональных связок типа «агрессия» (переменная 2), «печаль» (переменная 3), «радость» (переменная 4), «любовь» (переменная 5) в этом наборе; количество логических связок в таком наборе – общее число использованных при заполнении таблицы 23 значков «стрелки» (3 вида), «равно» и «неравно» (переменная 6); количество «геометрических» связок в этом наборе пар слов – общее количество использованных при заполнении таблицы 23 значков «квадрат», «треугольник»,

Таблица 23

Пары слов, из которых ни одно не имеет отношения к курению
(тест «Связывание слов»)

Тяжесть _____ Болезнь	Хорошо _____ Плохо
Мать _____ Ребенок	Свет _____ Верный
Ложка _____ Вилка	Край _____ Рай
Боль _____ Лекарство	Луна _____ Песня
Жизнь _____ Смерть	Трава _____ Говорить
Мебель _____ Стол	Делать _____ Играть
Рубль _____ Копейка	Весело _____ Слово
Имя _____ Стена	Много _____ Мало
Тошнота _____ Тело	Я _____ Мы
Идти _____ Радость	Дети _____ Родители
Смешной _____ Знать	Ненавидеть _____ Любить

«круг», «ромб» (переменная 7); количество связок типа «полоска» («тире») (переменная 8) и «нота» (переменная 9) в наборе пар слов, не связанных с курением; количество эмоциональных (значки: «любовь», «печаль», «агрессия», «радость» — переменная 10) и логических (значки: «стрелки» (3 вида), «равно» и «неравно» — переменная 11) связок в парах слов, включающих слова, по значению связанные с внутренними ощущениями («тяжесть — болезнь», «боль — лекарство», «тошнота — тело»); количество эмоциональных связок в наборе пар слов, связанных с курением, — общее количество использованных при заполнении таблицы 22 значков «любовь», «печаль», «агрессия», «радость» (переменная 12); количество эмоциональных связок типа «агрессия» (переменная 13), «печаль» (переменная 14), «радость» (переменная 15).

«любовь» (переменная 16) в этом наборе; количество логических связок в таком наборе — общее число значков «стрелки» (3 вида), «равно» и «неравно» (переменная 17); количество «геометрических» связок в этом наборе пар слов — общее число значков «квадрат», «треугольник», «круг», «ромб» (переменная 18); количество связок типа «полоска» («тире») (переменная 19) и «нота» (переменная 20) в этом наборе; количество эмоциональных (значки: «любовь», «печаль», «агрессия», «радость» — переменная 21) и логических (значки: «стрелки» (3 вида), «равно» и «неравно» — переменная 22) связок в парах слов, где одно слово связано с курением, а второе — предположительно имеет положительную эмоциональную окраску («дым — радость», «весело — сигарета», «табак — любить»); количество эмоциональных (значки: «любовь», «печаль», «агрессия», «радость» — переменная 23) и логических (значки: «стрелки» (3 вида), «равно» и «неравно» — переменная 24) связок в парах слов, где одно слово связано с курением, а второе — предположительно имеет отрицательную эмоциональную окраску («сигарета — болезнь», «тошнота — курить», «курение — плохо»); количество эмоциональных связок в паре «жизнь — курение» — использование (1) — неиспользование (0) при заполнении этой пары слов значков «любовь», «печаль», «агрессия», «радость» (переменная 25); количество логических связок в паре «жизнь — курение» — использование (1) — неиспользование (0) при заполнении этой пары слов значков «стрелки» (3 вида), «равно» и «неравно» (переменная 26); количество эмоциональных связок в паре «работать — курение» — использование (1) — неиспользование (0) при заполнении этой пары слов значков «любовь», «печаль», «агрессия», «радость» (переменная 27); количество логических связок в паре «работать — курение» — использование (1) — неиспользование (0) при заполнении этой пары слов значков «стрелки» (3 вида), «равно» и «неравно» (переменная 28).

Полученные результаты представлены в таблице 24.

Для переменных 4, 21 и 26 были установлены статистически достоверные различия между группами (критерий Манна-Уитни, $p < 0,05$). Курильщики имели достоверно большее по отношению к некурящим количество логических связок в паре слов «жизнь — курение» (переменная 26). Их также отличало более редкое использование связок, означающих эмоцию «радости» (переменная 4), и более частое ис-

Таблица 24

Результаты по тесту «Связывание слов»

Переменная	Средние показатели по группам	
	Курильщики	Некурящие
1	3.83	5.22
2	0.33	0.44
3	0.67	1.00
4	1.50	2.67
5	1.33	1.11
6	11.33	10.44
7	4.33	4.00
8	1.83	1.22
9	0.67	1.11
10	0.50	0.89
11	2.17	1.44
12	5.67	5.44
13	1.00	1.33
14	2.67	2.89
15	1.67	0.67
16	0.33	0.44
17	10.83	10.11
18	4.17	4.22
19	1.17	1.56
20	0.17	0.56
21	1.50	0.33
22	0.83	1.33
23	0.50	0.89
24	2.17	1.67
25	0.00	0.33
26	0.83	0.33
27	0.00	0.00
28	0.83	0.78

пользование эмоциональных связок в парах слов, где одно слово связано с курением, а второе – предположительно имеет положительную эмоциональную окраску («дым – радость», «весело – сигарета», «табак – любить») (переменная 21).

Таким образом, можно предположить, что курильщики связывают эмоционально понятия, имеющие отношение к курению, и понятия, означающие положительные эмоции (хотя, связывая не относя-

щиеся к курению слова, используют значок «радость» реже), одновременно предпочитая логическую связь курения и понятия «жизнь». В отношении последнего можно выдвинуть предположение о наличии у курильщиков некоего психосемантического защитного механизма, связанного с «базовыми», «фундаментальными», относящимися к психическим структурам самосохранения понятиями, — к которым можно отнести понятие «жизнь». Этот защитный механизм заключается в избегании эмоциональных связей между понятиями, относящимися к курению, и «базовыми» понятиями и заменой этих связей логическими — вероятно, связанными с механизмами рационализации. Таким образом, по-видимому, нивелируется возможный когнитивный диссонанс между усвоенными курильщиком убеждениями о вредности курения, осознанием необходимости сохранения и защиты своей жизни, с одной стороны, и знанием того, что он продолжает курить, с другой. Логические связки же, возможно, воспринимаются курильщиком как нечто отчужденное и абстрактное — курильщик «защищается» от того эмоционального удара, который он мог бы получить при использовании эмоциональных связок в парах «слово, связанное с курением» — «слово, связанное с сохранением и защитой жизни». Можно предположить, что описанный защитный механизм действует и в отношении связывания интрацептивных значений с «базовыми».

В процессе тестирования мы просили некоторых респондентов дать объяснение выбору значка для связывания той или иной пары слов. Ответы испытуемых подтвердили первоначальное предположение о том, что значки, обозначенные как логические, действительно воспринимаются респондентами как знаки образования причинно-следственной связи, трансформации или отношения сравнения/равенства/неравенства между стимульными словами в паре. Использование «стрелок» сопровождалось объяснениями: «...приводит к...», «...перерастает в...» и т.п. Использование значка «равно» трактовалось так: «это сходные вещи», «это равные понятия», «это одно и то же»; значка «неравно» — «это противоположности», «это разные вещи», «это неравные понятия» и т.д. Знак «двунаправленная стрелка» некоторыми респондентами воспринимался как эквивалент знака «равно». Подтвердилось также, что значки, исходно обозначенные как «эмоци-

ональные», действительно отражают связывание стимульных слов исходя из того эмоционально-ассоциативного поля, которое возникает у респондента при их восприятии. Использование значка «любовь» сопровождалось объяснениями типа: «...любит...», «это любовь», «здесь любовь», «любовь между... и...» и т.п.; значка «радость»: «и то, и другое хорошо», «веселое словосочетание», «это хорошо», «хорошие вещи», «у меня появляется радость, когда... и...», «человечек веселый — относится к... и к...», «это весело», «он (“человечек”) радуется» и т.д.; значка «печаль»: «этот знак обозначает грусть,... и... — немного грустно», «...и... — плохо», «...и... — не очень приятные вещи», «сразу два слова плохих», «это грустно», «недовольство», «печальный знак» и т.д.; значка «агрессия»: «это злость», «...и... будут ругаться» и т.п. При использовании значков «круг», «квадрат», «треугольник», «ромб», «полоска», «нота» респонденты не давали объяснений, которые можно было бы обобщить более или менее однозначно. Выбор «геометрических» значков — «круга», «квадрата», «треугольника», и «ромба» — объяснялся или неспособностью (невозможностью) найти какую-либо связь между словами пары («не уловил связи», «здесь я связи не нашел» — значок «круг» в данном случае обозначал «ноль» — как отсутствие связи), или сходством значка по форме с одним из слов пары, или предметными ассоциациями с одним из слов пары (слово «свет» — ассоциация «солнце» — выбор значка «круг»), или отсутствием «подходящего» значка в наборе. Часто респонденты вообще никак не могли объяснить выбор «геометрического» значка. Использование значка «нота» обычно объяснялось созвучием или рифмой слов пары («край»—«рай» — «созвучно»), а в ряде случаев — ассоциациями с одним из слов пары («песня» — «я тут обозначила в основном песню, потому что это — нота»). Объяснения выбора значка «полоска» также не были однозначными. Этот значок воспринимался или как «тире», и в этом случае им обозначали сходство или причинно-следственную связь между словами пары; или как «черный прямоугольник» — в этом случае выбор обозначал ассоциативную связь слов пары с черным цветом или его символическим пониманием («сигарета — болезнь» — выбран значок «полоска»; объяснение: «потому что все это — черное»). Таким образом, обнаружено, что предлагавшиеся респондентам значки существенно различались по фактору однозначности/неоднознач-

ности (четкости/нечеткости) их значений. При этом наибольшей однозначностью (четкостью) значений обладали значки с «логическими» и «эмоциональными» значениями, а наименьшей – «геометрические» значки и значок «полоска».

Результаты исследования позволяют говорить о существовании определенной специфичности психосемантических связей у табакокурильщиков и наличии у них защитных механизмов, направленных на снижение дискомфорта, связанного с осознанием вреда курения. Очевидно, что аналогичные механизмы могут действовать и при других формах зависимости от психоактивных веществ.

В отношении пар слов, предположительно связанных с внутренним восприятием, можно сказать, что хотя по переменным, связанным с этими парами (переменные 10 и 11), и не было установлено статистически достоверных различий, все же можно обозначить у курильщиков тенденцию чаще использовать для связывания интрацептивных значений логические связки (переменная 11) и реже – эмоциональные (переменная 10) (см. табл. 24). Поскольку аффектизация семантических связей значений внутреннего восприятия оказалась признаком здоровых испытуемых («нормальных»), описанная у курильщиков тенденция может быть интерпретирована как еще один показатель «ненормативности» ассоциирования значений при зависимостях от ПАВ. Таким образом, можно предположить, что при зависимостях от ПАВ свойством ненормативности обладает не только содержание ассоциаций, но и механизмы ассоциирования – связи между значениями в индивидуальных системах значений потребителей ПАВ (в частности, табакокурильщиков) проявляют тенденцию к патологической дезаффектизации. Тут следует обратиться к проблеме связей между ощущениями и эмоциями.

Простейшей формой эмоций называют так называемый «эмоциональный фон ощущений» – непосредственные переживания, сопровождающие отдельные жизненно важные воздействия...» (Краткий психологический словарь, 1985, стр. 407). Можно высказать гипотезу, что при снижении или дефицитарности эмоционального тона внутренних ощущений (дефицитарности как некой неспособности к непосредственному переживанию внутренних ощущений) следствием этого снижения (дефицитарности) может быть развитие патологической потреб-

ности в более сильных ощущениях (а именно их и дает потребление ПАВ).

3.3. Обобщение результатов эмпирических исследований

Обобщая результаты осуществленных эмпирических исследований, можно сделать следующие предположения: индивидуальные системы значений внутреннего восприятия у больных с зависимостями от ПАВ: 1) неструктурированы (диффузны); 2) патологически метафоризированны; 3) ненормативны; 4) дезаффектизованы. По-видимому, исходной причиной (а возможно, одновременно и частичным последствием – учитывая взаимозависимость феноменов, о которых идет речь), донаркотическим базисом всех этих особенностей индивидуальных систем значений внутреннего восприятия может быть некая особая дефицитарность телесного сознания (внутреннего отражения), своеобразная регрессия к примитивным (архаичным)* формам регуляции телесности, приводящим к гедонистическому поведению и мировосприятию, формой которого является потребление ПАВ. Систематическое же потребление ПАВ за счет патологических психологических механизмов, в частности, патологической трансформации эталонов «нормального» состояния (см. ниже) и в ряде случаев также за счет патологических изменений биохимии организма, ведет к возникновению зависимостей от них. Патологический интоксикационный внутренний опыт при зависимости от ПАВ «требует» от сознания означения, однако «нормального» означения, означения в рамках донаркоманической индивидуальной системы значений в этом случае произвести не удастся, поскольку этот опыт в нее «не укладывается». Происходят трансформации индивидуальной системы значений, отражающиеся в перечисленных выше ее свойствах. Однако, по-видимому, дефицитарным, подвергающимся патологическим измене-

* В этом контексте интересно отметить, что своеобразное «пьянство» в форме патологического злоупотребления перебродившими гнилыми плодами встречается и в дикой природе, например у паукообразных обезьян.

ниям при этом является не только сфера сознания, означения, знаково-символического опосредствования внутреннего восприятия, но и механизмы сознания, означения, знаково-символического опосредствования вообще восприятия больных с зависимостями от ПАВ. Об этом говорит тот факт, что специфические особенности индивидуальных систем значений у этих больных были обнаружены не только в отношении значений, связанных с внутренним восприятием, но и в целом (см., например, результаты исследований с помощью методик «Ассоциативный цветовой тест» и «Связывания слов»). При этом, поскольку внутреннее восприятие, телесность — особенно сложные и «неустойчивые» («сенсibiliзирoванные» к патологической трансформации) для механизмов означения области, то здесь, по-видимому, эта более общая дефицитарность проявляется наиболее ярко, как бы «расцветает». В основе этой общей дефицитарности, предположительно, лежит слабость когнитивных механизмов сравнения и определения различия, в частности таких механизмов в семантической сфере (об этом говорят, в частности, исследования когнитивной дифференцированности/недифференцированности больных опийной наркоманией, квалифицировавшие таких больных как крайне когнитивно недифференцированных (см. подробнее ниже, а также: Елшанский, 1999)). В аспекте внутреннего телесного восприятия эта слабость проявляется как компонент недостаточности телесного сознания, о которой говорилось выше. Таким образом, интрацептивные системы внутреннего восприятия при зависимости от ПАВ оказываются «под ударом» сразу нескольких взаимодополняющих и взаимосвязанных патологических факторов — наличия патологического интоксикационного (эйфорического-абстинентного) внутреннего опыта, «требующего» «своих» значений (морбидного), и слабости когнитивных механизмов сравнения и определения различия (по-видимому, в целом — преморбидного, но, возможно, патологически развивающегося, усиливающегося при злоупотреблении ПАВ).

«Различие» в семантике, семиотике и родственных им науках является крайне важным понятием. Так, Ф. Де Соссюр считал, что в языке нет ничего, кроме различий. У Соссюра «язык — конвенциональная дифференцирующая система, в терминах и посредством которой человек получает доступ к миру. Поскольку язык для Соссюра,

как и для всего структурализма, есть сугубо отрицательная система, основывающаяся лишь на различиях, то основу его составляет именно эта система различий, система сама по себе, система как знание, владение которой только и позволяет человеку пойти в мир, этой системой описываемый» (Гурко, 1999, стр. 37). Ж. Деррида центральным моментом своей знаковой теории сделал понятие «дифферанса» («*differance*»). «Дифферанс» понимается как «движение, с помощью которого язык, любой код, любая система референции в целом становятся “исторически” созданными в качестве структуры различий» (Derrida, 1973, стр. 141, цит. по: Почепцов, 1998, стр. 58.). Благодаря «дифферансу» возникают различия. *Differance* «может быть отнесено к тому, что на классическом языке можно назвать источником различий, процессом их производства, различиями между различиями, игрой различий» (Деррида, 1999, стр. 124-125).

В психологии фактор «различия» распространен очень широко. Он лежит и в основе специальной психологической науки – дифференциальной психологии – занимающейся проблемами индивидуальных психологических различий, и играет важнейшую роль во множестве психологических теорий и концепций. В частности, основанное на факторе «различия» понятие «дифференциации» («различения») активно разрабатывалось в рамках концепции когнитивно-личностной дифференциации Г. Виткина. Виткин и его коллеги используют понятие дифференциации как фундаментальную общетеоретическую категорию психологии и биологии (Witkin et al., 1977). Считается, что в психологии до Г. Виткина и его коллег понятие дифференциации наиболее интенсивно разрабатывалось в теории Вернера (Чуприкова, 1997). Как исходный постулат Вернером принималось, что психическое развитие идет в сторону все большей дифференциации психологических систем и функций, сопровождаясь последовательно все более сложными их интеграциями. Раскрывая понятие дифференциации, выделяют три аспекта психологической дифференцированности:

1. Разделение «Я» и «не Я», что предполагает формирование границ между репрезентациями себя и внешнего мира, четкость этих границ, дифференцированность репрезентаций частей тела и их взаимоотношений.

2. Дифференциация отдельных психических активностей, таких, как мышление и действие, чувствования и перцепция.

3. Артикулированность всей психической сферы, означающая, что психические переживания дискретны, анализируемы в своих элементах и внутренне структурированы. С этим связана способность преодолевать включающий контекст, то есть разбивать целое на элементы, извлекать из него только нужную релевантную информацию, переструктурировать данные непосредственного опыта в соответствии с требованиями стоящей задачи и «накладывать структуру» на малоструктурированное перцептивное поле.

Г. Виткин постепенно развил понятия психологической дифференциации и дифференцированности в фундаментальные характеристики, захватывающие всю психическую сферу индивида, сформировав точку зрения, что индивидуальные различия по размерности глобальность—артикулированность характеризуют не какие-либо отдельные стороны психической деятельности, а распространяются на множество ее когнитивных и личностных проявлений, что степень глобальности—артикулированности является всеобъемлющим когнитивно-личностным свойством (там же).

Виткин выдвинул гипотезу «когнитивной дифференцированности». Ее суть в том, что, хотя по мере развития в онтогенезе люди становятся более психологически дифференцированными, в каждом возрасте они существенно различаются в этом отношении, и соответствующие индивидуальные различия по параметру глобальность—артикулированность, как правило, должны находить сопряженное однонаправленное проявление во многих, если не во всех сферах психической деятельности (там же). Высокая степень когнитивной дифференцированности, по мнению Виткина, связана с полнезависимостью, а низкая определяет полезависимость (Witkin, Goodenough, 1982). У полнезависимых индивидов по сравнению с полезависимыми проявляется большая структурированность и дифференцированность личностного опыта, полнезависимые чувствуют себя более артикулированными, их тело и их «Я» переживаются ими как отделенные от поля, дискретно и структурированно (Чуприкова, 1997).

Интересно, что проведенное нами исследование больных опийной наркоманией (в общей сложности 232 человека в возрасте от 15

до 38 лет) с помощью известного теста «Спрятанных фигур» Г. Виткина показало у них крайне низкий уровень когнитивной дифференцированности (соответственно высокую полезависимость) по сравнению с контрольной группой здоровых испытуемых, не страдавших наркологическими заболеваниями (457 человек в возрасте от 15 до 40 лет) (статистически достоверные различия между исследованными группами при $p < 0,000001$, критерий Манна-Уитни). Способность дифференцировать простую фигуру в сложной у больных наркоманией была более чем в 5,5 раз хуже, что позволяет характеризовать их как «сверхнедифференцированных» (см. также: Елшанский, 1999; Грюнталь, Елшанский, 2002). Сравнительный анализ показателей полезависимости больных опийной наркоманией и рядом психосоматических и соматоформных заболеваний показал, что уровень полезависимости больных наркоманией не только значительно превышает такой уровень в группе здоровых испытуемых, но и превышает этот уровень во всех исследованных группах больных: в группе больных желчнокаменной болезнью (считающейся заболеванием психосоматического генеза), в группе больных нейрогенным кардиалгическим синдромом и в группе больных нейрогенным абдоминалгическим синдромом (данные исследований больных психосоматическими и соматоформными заболеваниями были предоставлены А.Ш. Тхостовым) (Елшанский, 1999). Отметим также обнаруженную у больных опийной наркоманией значимую (метод Спирмена, $R = 0,4$, $p < 0,05$) положительную корреляцию между полезависимостью и «социальной расторможенностью» (квалифицированной с помощью теста «Поиск ощущений» М. Цукермана; корреляционные исследования проводились на выборке из 153 больных — см.: Елшанский, 1999), отражающую потребность в несдержанном поведении в социальной сфере (William, Corulla, 1988), что позволяет предположить высокую подверженность полезависимых, «недифференцированных» индивидов (в данном случае больных опийной наркоманией) влиянию неблагоприятной социальной среды (Елшанский, 1999). Таким образом, свойства недифференцированности и диффузности характерны для потребителей ПАВ не только в отношении значений, и не только в отношении внутреннего восприятия, но и затрагивают факторы дефицитарного социального поведения. У больных опийной наркоманией уровень

полезависимости по тесту «Спрятанные фигуры» также положительно коррелировал со стремлениями к поиску впечатлений и приключений (также определенными по результатам теста «Поиск ощущений») ($R=0,43$, $p<0,05$; «Шкала поиска впечатлений и приключений» отражает потребность в физическом риске и «острых» ощущениях (см. выше)), а на уровне тенденции имел положительные корреляции с уровнем алекситимии по TAS ($p=0,07$, $R=0,34$), уровнем «общей потребности в стимуляции» по тесту «Поиск ощущений», понимаемой как высокую потребность в новых и сложных переживаниях и ощущениях, тенденцию к импульсивным действиям и экспрессии эмоциональности в социальных контактах (Toepfritz, 1977; Гульдман, Корсун, 1990) ($p=0,06$, $R=0,33$), и отрицательную корреляцию с возрастом испытуемых ($p=0,073$, $R=-0,27$). Тенденция к сосуществованию этих психологических параметров у больных опийной наркоманией может быть интерпретирована как связанная с общей когнитивной недифференцированностью пониженная рефлексия собственных эмоций и состояний, провоцирующая отреагирование аффекта действием и импульсивность и особенно характерная для молодого возраста. Такая тенденция хорошо корреспондирует с недифференцированностью внутреннего телесного и эмоционального опыта и индивидуальных систем значений внутреннего восприятия.

Обнаруженную крайне высокую полезависимость, когнитивную недифференцированность больных опийной наркоманией можно интерпретировать как дезориентацию во внешних стимулах, неспособность выделения их значимых признаков, ориентиров, что позволяет предположить у них и дезориентацию во внутренних, т.е. интрацептивных стимулах и сигналах, и сложность их сравнения с внутренними эталонами. Если предположить распространение фактора полезависимости на все сферы психического, то в социальной среде полезависимые индивиды не могут соотнести свое поведение со значимыми ее ориентирами – социальными нормами, запретами и т.п. и поэтому нарушают их. При этом нарушаются и социальные запреты на потребление ПАВ. (Отметим, что наличие у больных наркоманией тенденции к нарушению социальных норм и запретов, несдержанному поведению в социальной сфере («Социальная расторможенность») подтверждается проведенным нами исследованием с применением

методики «Потребность в поиске ощущений» М. Цукермана (Елшанский, 1999).) К тому же такие индивиды не дифференцируют «негативную», провоцирующую нарушение социальных запретов социальную среду от «нормальной». В эмоциональной сфере дезориентация в стимулах порождает дефицитарность механизмов стабилизации и контроля настроения, эмоциональную неустойчивость, эмоциональные срывы, провоцирующие конфликты с окружающими, в первую очередь с близкими, что также создает хорошую почву для злоупотребления ПАВ – первоначально с целью «поднять» настроение, «забыться» и т.п. (Отметим, что проведенное нами исследование показало у больных опийной наркоманией дефицитарность внутреннего контроля в эмоциональной сфере (см. подробнее ниже, а также: Грюнталь и др., 2001; Тхостов и др., 2001a).) В личностной сфере дезориентация в ориентирах дезадаптирует личность по отношению к реальности, развивает «защитное» гедонистическое отношение к жизни и потребительское – к окружающему миру, что также ведет в результате к злоупотреблению ПАВ.

Воздействие указанного выше патологического фактора слабости когнитивных механизмов сравнения и определения различия на интрацептивные системы внутреннего восприятия при зависимости от ПАВ в контексте обнаруженной диффузности и недифференцированности интрацептивных словарей у больных наркоманией сказывается, по-видимому, в первую очередь на категориальной структуре индивидуальной системы значений внутреннего восприятия, порождает дефицитарность категоризации. Сама же квалифицированная в эмпирических исследованиях диффузность и недифференцированность интрацептивного словаря у больных опийной наркоманией обусловлена уже этой дефицитарностью категоризации и, возможно, также своеобразной «незначимостью» категориальной структуры для этих больных (связанной с гедонистической позицией их самосознания, “не требующей” развитой категориальной структуры – см. ниже). Интересно, что в ситуации необходимости категоризации или классификации у здоровых испытуемых резко возросло число дескрипторов, относящихся к внутренним ощущениям (табл. 25). Вероятно, здоровые испытуемые фиксировали в инструкции необходимость разбиения на группы, а требование выбора только дескрипторов, относя-

Таблица 25

Количество выбранных в разных тестах дескрипторов
(группы больных опийной наркоманией и здоровых испытуемых)

Группы	Тест «Группировка дескрипторов», % выбранных дескрипторов	Тест ВДИО (первое задание), % выбранных дескрипторов
Больные опийной наркоманией	55	64
Здоровые испытуемые	64	37

щихся к внутренним ощущениям, отходило на второй план и игнорировалось. То есть для здоровых испытуемых задача категоризации, необходимость отразить структуру словаря внутренних ощущений была главной. Для больных же опийной наркоманией, наоборот, число выбираемых дескрипторов немного снизилось, а категориальная структура словаря была намного более простой, чем в группе здоровых испытуемых.

От изучения интрацептивных словарей психологическая наука, по-видимому, скоро сможет перейти к изучению интрацептивной грамматики, определить совокупность норм изменений интрацептивных значений и их сочетаний, построить модели формирования интрацептивных значений и словарей.

В следующей главе проводится теоретический анализ возможных причин возникновения специфических особенностей индивидуальных систем значений при зависимостях от ПАВ и патологических механизмов, связывающих внутреннее восприятие и эти зависимости.

Глава 4

ФАКТОРЫ ВНУТРЕННЕГО ВОСПРИЯТИЯ И ЕГО СЕМАНТИКИ В МЕХАНИЗМАХ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПАВ

В этой главе проводится теоретико-феноменологический анализ патопсихологических механизмов, связывающих семантику внутреннего восприятия и зависимости от психоактивных веществ.

4.1. О трансформации интрацептивных эталонов при зависимостях от ПАВ

Спектр внутренних ощущений достаточно широк. Можно предположить, что специфические внутренние ощущения во многом детерминируют и различные формы отклоняющегося поведения, к которым можно отнести и потребление ПАВ. К сожалению, в современной клинической психологии роль фактора внутренних ощущений в возникновении и развитии патологических форм поведения до последнего времени практически игнорировалась, ее необходимого исследования не проводилось.

Описывая внутренние ощущения больных с зависимостью от ПАВ обычно говорят только о «ломке» — специфическом наборе негативных болезненных ощущений (сигналов болевых рецепторов), связанных с переживанием абстиненции, и иногда — об эйфорических ощущениях в интоксикации. Однако возникает вопрос, насколько «обыч-

ные» внутренние ощущения больного с зависимостью, не находящиеся в очевидной связи с приемом им ПАВ (а с приемом ПАВ связаны, во-первых, ощущения, возникающие непосредственно после приема ПАВ, — как реакция на наркотизацию, и, во-вторых, ощущения «ломки» — связанные с отсутствием ПАВ), корреспондируют с внутренними ощущениями человека, не страдающего зависимостью от ПАВ?

В процессе онтогенеза человек, взаимодействуя с миром (причем не только с внешним — «внетелесным», но и внутренним — «телесным»), фиксирует и осваивает различные внутренние ощущения, ассоциативно связывая их с проявлениями и свойствами мира, его качествами, интеракциями с ним, действиями, осуществляемыми субъектом в этом мире и т.д. Подобно освоению сигналов других анализаторов паттерны внутренних ощущений, которые также можно было бы называть интрацептивными сигналами, дифференцируются, типологизируются, приобретают положительный или отрицательный знак — т.е. связываются с эмоциями и т.д., находя себе соответствующее место в индивидуальном сознании. Элементы сознания представлены в знаково-символической форме, при этом паттерны внутренних ощущений не являются исключением. В ходе онтогенеза индивид усваивает соответствующие им значения, вербализует их. И, несмотря на то, что внутренние ощущения не имеют предметной представленности во внешнем мире и один человек не может просто «указать» на них другому, как мы это делаем, показывая и называя ребенку предмет или слыша ему услышанный звук, в процессе филогенеза возникли механизмы, позволяющие осуществить закрепление и сохранение в общественном опыте различных внутренних ощущений, их интериоризацию и соответствующую языково-культурную репрезентацию. Для многих знаков, означающих в языке те или иные внутренние ощущения, следует отметить гораздо большую по сравнению со знаками, означающими предметы и явления внешнего мира, и даже по сравнению со знаками, означающими абстрактные понятия, степень неоднородности их индивидуального понимания, гораздо больший спектр значений и гораздо большие различия в том, какие значения означены, а тем более — ассоциированы с такими знаками в индивидуальных системах значений даже людей одной этнокультуры и носителей одного языка. Можно предположить, что каждый освоенный челове-

ком, интериоризированный им как языково-культурный элемент отдельный паттерн внутренних ощущений, во-первых, не является независимым, совсем отдельным, а так или иначе связан с другими интрацептивными паттернами, включен в индивидуальную систему значений субъекта, и его изменение оказывает на эту систему влияние (равно как и он сам подвергается влиянию и, возможно, изменяется при изменениях в этой системе); во-вторых, он должен быть представлен в сознании соответствующими эталонами и уровнями, т.е. существуют механизмы его качественной квалификации в освоенной индивидом типологии таких паттернов (сюда же можно отнести, видимо, и более генерализованные механизмы определения «знакомости»/«незнакомости», «обычности»/«необычности», «нормальности»/«ненормальности» — механизмы квалификации новых, необычных паттернов), механизмы количественной квалификации — определения степени и «нормальности», «обычности» выраженности паттерна (сила или слабость сигнала). В примере с переживанием боли механизмы качественной квалификации паттернов внутренних ощущений позволяют определять: 1) знакомый паттерн (это именно *боль*, а не какие-то диффузные непонятные ощущения); 2) какая это боль (по локализации, по возможности локализации, по характеру — острая, ноющая и т.п., по важности, значимости, опасности и т.д.), а механизмы количественной квалификации — насколько боль слабая/сильная. Поскольку боль вообще не является «обычным» или «нормальным» паттерном внутренних ощущений, а сигнализирует о том, что что-то «не так» в организме (дискомфорт), то в данном случае мы не можем анализировать соответствие силы сигнала эталону «нормальности»; хотя в случае хронического заболевания с постоянной болью этот отсутствующий в норме эталон может появиться, и тогда у такого больного механизмы сравнения с эталоном «привычной» боли могут определять, насколько «обычна» для него боль в конкретный момент, является ли она «непривычно сильной» или «непривычно слабой». Наличие эталонов, очевидное в структуре интрацептивного анализатора, определенно показывает его системность и сложность, а также необходимость рассмотрения интрацепции как высшей психической функции, о чем уже говорилось в работах ряда исследователей (Тищенко, 1987; Тхостов, 1991, 2002).

Строение, структура и механизмы функционирования эталонов внутреннего восприятия до конца пока не ясны. По-видимому, можно провести определенную аналогию между внутренними эталонами и конструктами Дж. Келли. Конструктами он называл «способы истолкования мира» (Келли, 2000, стр. 18), «шаблоны, примеряемые опытным путем к истинному положению вещей», без которых мир предстает в виде «неразличимой однородности» (там же), отношения, в которых «какие-то вещи истолковываются как сходные и, кроме того, отличные от других» (там же, стр. 139).

При несомненной очевидности необходимости всестороннего изучения роли внутренних ощущений в формировании и развитии различных форм делинквентного и деструктивного поведения возникает проблема, связанная с методологическими трудностями. Определенно представлялось бы интересным осуществить психофизиологические измерения сигналов непосредственно от интерорецепторов, исследовать соответствующую этим сигналам активность ЦНС методами энцефалографии и/или компьютерной томографии и соотнести полученные результаты с особенностями их знаково-символического опосредствования, а также с личностными и поведенческими характеристиками исследуемых пациентов. Однако ввиду отсутствия возможностей проведения соответствующих аппаратных исследований мы были вынуждены сосредоточить свои усилия на изучении только собственно психологических процессов. При этом представлялись наиболее информативными анализ специфики представления паттернов внутренних ощущений в индивидуальном сознании, знаково-символическая специфичность этих паттернов и их психосемантическая характеристика.

Возникает вопрос: что представляют собой эти эталоны внутреннего восприятия? Можно предположить, что такие эталоны не являются каким-либо особым, специфическим элементом психики, а это просто «очень знакомые», «самые привычные» ощущения. Однако, допуская возможность как наличия вообще генетических факторов, обуславливающих формирование эталонов внутренней перцепции, так и, возможно, неких наследуемых их форм, так сказать, праяталонов, на основе которых в процессе онтогенеза такие эталоны появляются, следует сказать, что значимость фактора наследственности в данном

аспекте может оказаться весьма высокой. К сожалению, на данный момент мы не обладаем инструментарием для осуществления исследований в этой области и можем ограничиться лишь предположениями. Другим вопросом, связанным с эталонами внутреннего восприятия, является вопрос об изменчивости этих эталонов, возможности их трансформаций под влиянием тех или иных факторов и о степени таких трансформаций. Этот вопрос представляется крайне важным в отношении роли внутреннего восприятия в возникновении и развитии отклоняющихся форм поведения, поскольку в случае наличия возможности патологической трансформации интрацептивных эталонов такая трансформация, а точнее, наличие новых, трансформированных эталонов является фактором, с высокой вероятностью обуславливающим патогенез ряда форм отклоняющегося поведения. Это положение представляется особенно справедливым в отношении отклоняющихся форм поведения, связанных со злоупотреблением ПАВ, так как при таком злоупотреблении сфера внутренних ощущений подвергается наибольшему влиянию патологических факторов, какими являются как собственно употребление наркотиков (влияние непосредственно на ощущения), так и трансформация знаково-символического инструментария для представления внутренних ощущений, происходящая в результате усвоения субъектом специфических знаково-символических единиц (в первую очередь языковых – сленга) для представления особых ощущений, связанных с употреблением ПАВ. При этом нельзя не отметить, что такие знаково-символические единицы, усваиваемые индивидом, как составляющее делинквентной субкультуры потребителей ПАВ, становятся для него особенно значимыми, эмоционально окрашенными и часто употребляемыми. Возможным фактором трансформирования эталонов внутренней перцепции может также выступить обусловленная патологическим влиянием постоянной интоксикации на организм, особенно на ЦНС, дефицитарность когнитивных механизмов сравнения. В этом случае четкость и дифференцированность эталона может снижаться за счет нечеткости и диффузности собственно сравнения. Иными словами, если предположить, что эталон, для того чтобы быть психически четко представленным, должен подвергаться своеобразной тренировке, то в случае недостаточности или дефицитарности такой тренировки его «гра-

ницы» будут постепенно размываться. Эталон внутреннего восприятия, вероятно, может трансформироваться и просто из-за влияния наличия специфического, ненормативного внутреннего опыта. В этом случае актуальны вопросы, во-первых, влияния генетических факторов на внутренний опыт, т.е. если мы предположим, что существует некий наследственный детерминант, структурирующий внутренний опыт и «рассчитанный» на его нормативность, то в случае ненормативного внутреннего опыта, каким являются переживания и ощущения, связанные с потреблением ПАВ, такой наследственный механизм действовать не будет (поскольку на данный опыт он не «рассчитан») и, соответственно, внутренний опыт потребителя ПАВ будет так или иначе дефицитарен: ненормально структурирован или неструктурирован; элементы такого опыта будут диффузными, нечеткими; объединения элементов такого опыта будут нестойкими, его категоризация будет недостаточной или вообще отсутствовать и т.д. Во-вторых, актуальным вопросом возможной трансформации эталонов внутреннего восприятия под влиянием наличия специфического, ненормативного внутреннего опыта будет вопрос о необходимости существования в онтогенезе определенных сензитивных периодов для адекватного формирования структур и механизмов внутреннего опыта. Если предположить, что подобные сензитивные периоды существуют – и к моменту начала злоупотребления ПАВ уже завершились, то при патологической трансформации эталонов внутреннего восприятия новые, трансформированные интрацептивные эталоны должны быть дефицитарными уже только в силу того, что они сформированы вне рамок соответствующих сензитивных периодов формирования механизмов и структур внутреннего опыта (какими являются как сами эталоны внутреннего восприятия, так и механизмы сравнения с ними).

Поскольку представленные гипотезы кажутся достаточно вероятными, эталоны внутреннего восприятия выглядят весьма уязвимыми психическими образованиями (причем особенно уязвимыми именно при злоупотреблении ПАВ). Таким образом, возможно, именно в сфере внутренней перцепции и лежат ответы на вопросы о причинах развития и низкой курабельности зависимостей от психоактивных веществ. При этом, конечно, фактор патологической трансформации эталонов внутренней перцепции здесь не является единственным.

Другими возможными факторами могут быть: 1) наличие негативно-го (даже, возможно, «сверхнегативного») телесного опыта при отказе от употребления ПАВ («ломка»); 2) наличие «сверхположительного» опыта употребления (телесные ощущения, связанные с переживанием «кайфа» и т.п.). При этом очевидно, что данные факторы нужно рассматривать совместно с фактором трансформации эталонов внутренней перцепции, поскольку переживание яркого и значимого – как негативного, так и положительного – телесного опыта, предположительно, может сыграть роль в такой трансформации.

Роль факторов наличия «сильного» телесного опыта в развитии зависимости от ПАВ, в принципе, представляется несомненной. Упрощенно модель влияния этих факторов на развитие такой зависимости укладывается в схему формирования условного рефлекса: в одном случае – с положительным подкреплением, в другом – с отрицательным подкреплением (или с наказанием). Пережив положительный (сверхположительный) телесный и эмоциональный опыт («кайф»), человек стремится пережить его снова. Стимулом «условного рефлекса» становится прием ПАВ, а реакцией – переживание «кайфа». При этом нужно заметить, что переживание «кайфа» (подобно переживанию оргазма и других сильных ощущений) не сводится только к ощущениям, а, по-видимому, опосредствовано и даже может усиливаться ожиданиями и установками субъекта. Отказ же от приема ПАВ (стимул) вызывает реакцию негативного (сверхнегативного) переживания («ломки»). Большинство опийных наркоманов характеризовали состояние «ломки» как очень болезненное, практически непереносимое; на глазах у автора «переламывавшаяся всухую» опийная наркоманка потеряла от боли сознание. Однако до сих пор не ясна субъективная составляющая такой силы негативных ощущений. Действительно ли физиологические процессы, происходящие в организме наркомана при «ломке», так сильно воздействуют на болевые интерорецепторы – или же существует еще и чисто психологический фактор, многократно усиливающий ощущение боли и, возможно, связанный с осознанием отказа от «сверхположительных» ощущений, от «кайфа»? Также, по-видимому, существуют субъективные ожидания и установки в отношении «силы» и «тяжести» «ломки», обусловленные рассказами других потребителей ПАВ и т.п., которые также могут влиять на пережи-

вание состояния абстиненции. Нужно отметить, что больные наркоманией часто воспринимают «ломки» сверхсензитивно. В любом случае очевидно, что два описанных механизма — с положительным подкреплением Прием ПАВ — «Кайф» и с наказанием Неприем ПАВ — «Ломка» — находятся в реципрокном отношении, дополняя и усиливая друг друга. При этом оба эти механизма действуют в русле инстинктивного избегания негативного опыта (для телесного опыта это особенно справедливо, несмотря на существование таких явлений, как мазохизм, аутодеструктивное поведение и т.д., имеющих свои, в том числе и психологические объяснения) и стремления к позитивному опыту (инстинктивное стремление к телесному комфорту и наслаждению представляется очевидным), что, по-видимому, значительно усиливает их действие.

Возвращаясь к эталонам внутреннего восприятия, можно предположить, что наиболее сложным, комплексным и часто используемым является эталон «нормального состояния» («нормального самочувствия»), характеризующий некий фон ощущений, по отношению к которому (на фоне которого) появляются любые «ненормальные» ощущения. Этот эталон, вероятно, можно считать важнейшим, и его значимая трансформация, по-видимому, может очень сильно влиять как на поведение, так и на личность. Комплекс внутренних ощущений, составляющих этот эталон, настолько привычен и «нормален», что или вообще не осознается, или находится вне фокуса сознания, на самой дальней его периферии. Такие эталонные ощущения «нормального состояния» при отсутствии любых других ощущений воспринимаются в норме как комфортные. Интересно отметить, что часто на вопрос «Как Вы себя чувствуете?» — мы отвечаем: «Нормально», — т.е. «Я чувствую нормальное состояние» — «При сравнении своих ощущений с эталоном “нормального состояния” никаких отклонений от этого “нормального состояния” я не ощущаю». При этом, говоря «нормально», мы, в общем-то, обычно подразумеваем «хорошо», «комфортно». Эталон «нормального самочувствия», по-видимому, на самом деле представляет из себя не один, а некоторое множество различных интрацептивных паттернов, субъективно воспринимаемых как нормальное самочувствие, нормальный комфорт, иначе можно сказать, что существует некоторое количество интрацептивных переменных.

нахождение которых в определенных диапазонах субъективно соответствует эталону «нормального самочувствия», если же хотя бы одна из этих переменных выходит за некоторые пороги, то можно говорить о «нарушении» «нормального самочувствия», о «происшествии», «событии», и это интрацептивное «происшествие» отмечается сознанием и имеет сигнальную функцию. Трансформация эталона «нормального самочувствия» при зависимости от ПАВ, видимо, как раз и заключается в изменении диапазонов, порогов определяющих самочувствие нормальным или нет интрацептивных переменных.

Можно предположить, что в случае злоупотребления ПАВ в связи с наличием у человека сверхположительного внутреннего опыта («кайфа») эталон «нормального состояния» разрушается, трансформируется и теряет свою функцию внутреннего сигнала сознанию, что «все нормально», «организм чувствует себя комфортно». Нормальное телесное состояние начинает восприниматься (переживаться) индивидом как «дискомфорт», «некайф». С этим, по-видимому, как-то связаны наблюдаемые практически во всех случаях депрессии у отказавшихся от потребления ПАВ больных — наблюдаемые не только в период купирования абстиненции — в этом случае депрессию можно было бы объяснить влиянием болезненных ощущений, связанных с собственно абстиненцией (т.е. «ломкой»), с приемом психотропных препаратов (неудобства, вызванные нейрорепсией; слабость из-за приема транквилизаторов и т.д.) или с субъективными неудобствами, обусловленными необходимостью стационарного лечения, — но и продолжительное время после выхода из абстиненции.

Можно также предположить, что после трансформации интрацептивного эталона «нормального состояния» («обычного самочувствия») в комплекс ощущений «некайфа» функции эталона «нормального состояния» и «комфорта» берет на себя паттерн ощущений, связанных с состоянием наркотического (аналогично, по-видимому, и алкогольного) опьянения. Здесь, очевидно, существуют различные варианты подобной «подмены» интрацептивного эталона «нормального состояния». Возможно, какой-то из периодов состояния наркотического опьянения продолжает восприниматься как «сверхположительные ощущения» (может быть, это начальная сильная фаза действия наркотика — «приход»); следующие же за «приходом» более слабые поло-

жительные ощущения, ранее переживавшиеся как состояние эйфории («таска»), после «подмены» эталона «нормального состояния» переживаются и означаются субъектом, отражаются его сознанием как «нормальное» состояние, «обычный» комфорт. (О трансформации опьянения в процессе развития зависимости говорят многие наркологи. Согласно И.Н. Пятницкой, сначала изменяется (снижается) «интенсивность эйфории», что заставляет больного увеличивать дозу ПАВ, затем «меняются качественно фазы эйфории» — «наркотик лишь нормализует состояние» (Пятницкая, 1975, стр. 28).)

Очевидно, что в случае справедливости представленной гипотезы механизм «подмены» эталона «нормального состояния» будет очень сильным стимулом к продолжению злоупотребления ПАВ. В случаях же определенной устойчивости нового «подменного» эталона и сложности повторного формирования нормального («здорового») эталона «нормального состояния» (ведь это теперь ощущения, воспринимаемые как дискомфорт) описанный механизм будет серьезным фактором рецидива злоупотребления в случае отказа больного от наркотика и осуществления лечения.

Следует также отметить, что мы должны говорить не о сенсорных эталонах, а о субъективных. Внутренний опыт формирует паттерн «нормального» диффузного ощущения (самочувствия) — это и есть субъективный эталон. Его изменение означает «происшествие» — как бы «сигнал» (например болевой сигнал). Сравнение с эталоном происходит на психическом уровне. Сравниваются паттерн ощущений «сейчас» и паттерн ощущений «до сейчас». Таким образом, мы определяем вероятное существование двух типов эталонов и, соответственно, механизмов сравнения — на сенсорном, допсихическом уровне, и на психическом, субъективном. Последние как раз и участвуют в формировании патологической зависимости от ПАВ.

Можно представить механизм формирования зависимости от ПАВ под влиянием факторов внутренних ощущений в виде следующей схемы. Вызванный ситуативными внешними или внутренними факторами и/или генетически детерминированный «внутренний дискомфорт» (негативные внутренние ощущения, переживаемые часто как «скука», «пустота», «томление», «тревога», «подавленность» и т.п. — см. ниже) (переживание внутреннего дискомфорта может быть связано на ней-

рофизиологическом уровне с нарушениями деятельности и генетического контроля дофамин-нейромедиаторной системы – дефицита ее функции в лимбических отделах мозга (Анохина, Москаленко, 2002)) → Потребность в его преодолении → Отсутствие нормативных способов такого преодоления → Обращение к ПАВ → Положительная реакция на прием ПАВ («кайф») → Повторное употребление ПАВ → Деформация внутреннего (интрацептивного) эталона «нормального состояния» (на нейрофизиологическом уровне это, по-видимому, коррелирует с развитием нарушений функций нейромедиаторных (в первую очередь, дофаминовой) систем (Анохина, 2002)) → Вызванный такой деформацией «внутренний дискомфорт» → Потребность в его преодолении → Систематическое употребление ПАВ → Болезнь (зависимость).

Помимо патологической трансформации эталона «обычного» самочувствия при наркоманиях можно предположить и трансформацию психологических эталонов болевого восприятия – в результате абстинентные боли начинают субъективно восприниматься неадекватно болезненными. Вообще, психологический фактор в переживании абстинентных болей, по-видимому, весьма существенен. При этом интересно отметить, что «в некоторых ситуациях» (связанных, например, со стрессом, не имеющим прямого отношения к наркотикам) «наркоман, оказавшись без наркотика, может и не почувствовать “ломки”» (Пятницкая, 1975, стр. 72). Также любопытно, что «если наркотизация своим истоком имела физические страдания, давно прошедшие, то в абстиненции соответствующие болевые ощущения оживают. Эти своеобразные, напоминающие фантомный синдром боли не интенсивны, они наблюдаются и у больных, искренне желающих лечиться, хотя исключить функциональный механизм их появления нельзя» (там же). Отмечено, что субъективное переживание эйфории у разных людей происходит по-разному, существуют индивидуальные особенности в характере эйфории (там же). Можно высказать предположение, что не исключено существование определенной сопоставленности субъективной силы эйфории и субъективного переживания болевых проявлений при абстиненции. (По мнению М.А. Михайлова, «кумар» «представляет собой не что иное, как инвертированное отражение» «прихода» – «стоит лишь изменить знак аффекта, и приятные сома-

топсихические переживания предстают крайне тягостными и болезненными» (Михайлов, 1992, стр. 27.).

Таким образом, патологическая трансформация эталонов внутреннего восприятия может играть крайне важную роль в структуре механизмов формирования и развития патологических зависимостей от ПАВ, и этот фактор определенно должен учитываться при разработке терапевтических и реабилитационных антинаркоманических программ.

Интересно, что в научной литературе мы практически не обнаружили работ, авторы которых так или иначе пытались бы связать зависимость от ПАВ с интрацептивными эталонами. Единственным исключением является работа Д.В. Колесова, в которой он выдвинул следующую гипотезу. «Все психическое развитие индивида происходит благодаря поступающей извне информации, и в ходе ее получения и переработки в головном мозге образуются все новые и новые функциональные связи» (Колесов, 2000, стр. 11). «Первое "прочувствование" специфического эйфоризирующего эффекта наркотического вещества вполне может рассматриваться как признак того, что в центральной нервной системе начинающего наркомана уже сформировалась (в основном) новая морфофункциональная "территория", объединенная этим эффектом. Эта "территория" может рассматриваться как морфофункциональная основа устойчивого патологического состояния центральной нервной системы и психики, свойственного больным наркоманией. Она может рассматриваться и как «территория» новой доминанты, определяющей отныне ход его желаний, мыслей, поступков, а также и как некая функциональная система, ориентированная на достижение эйфории как таковой...» (там же, стр. 346). В результате меняется восприятие человеком окружающей обстановки и своего собственного тела (там же).

По мнению Д.В. Колесова, вызванные наркотизацией ощущения «невесомости тела», «легкости», «парения» возникают в результате «повышения порогов восприятия интрацептивных нервных импульсов» (там же, стр. 346). «Характер и глубина собственных эйфорий ощущений и переживаний запоминаются надолго, если не на всю жизнь, а при отсутствии критического к ней отношения начинают служить ориентиром в поведении испытывавшего ее индивида» (там же,

стр. 347). «Эйфория имеет по крайней мере две основы: собственно гедонистический эффект наркотического вещества, распространяющийся на различные системы мозга, активность которых необходима для удовлетворения потребностей, и эффект повышения порогов интероцепции, вследствие чего ослабевает восприятие импульсации от внутренних органов, которая может быть и неприятной (кайнестопатия). В частности, анальгезирующий эффект морфина объясняется нарушением под его влиянием процессов суммации ноцицептивной импульсации в таламусе» (Закусов, 1943). В отсутствие привычного вещества у индивида регуляторный «маятник» перемещается в противоположную («отрицательную») сторону, и тем сильнее, чем сильнее до этого он был сдвинут в сторону «положительную», процессы суммации импульсов усиливаются, и он начинает ощущать перистальтику кишечника, испытывает неприятные ощущения при напряжении мышц и вообще при любых локальных и общих перемещениях тела (незначительные ушибы, на которые обычно не обращают внимания, микротравмы суставов и связок, мелкие надрывы мышечных волокон, возможные при движении), которые в норме до его сознания не доходят, но теперь начинают доходить и весьма его отягощают» (Колесов, 2000, стр. 355). Таким образом, автор называет важным «компонентом (механизмом)» абстиненции — «снижение порогов восприятия интероцептивных импульсов» (там же), однако он рассматривает интероцепцию как первичную примитивную функцию, никак не учитывает факторов, связанных со знаково-символическим опосредствованием интрацептивных ощущений и осознанием сигналов внутрителесных рецепторов.

Вызванный деформацией внутреннего (интрацептивного) эталона «нормального состояния» дискомфорт внешнему наблюдателю предстает в виде жалоб на «плохое» общее самочувствие и аффективных нарушений (проявляющихся в первую очередь пониженным настроением и дисфорией). Последние являются реакцией на состояние «некайфа», непосредственным эмоциональным отражением трансформации эталона нормального самочувствия. Ощущения дискомфорта-«некайфа» обостряют патологическое влечение к ПАВ и провоцируют рецидивы его употребления. Нужно отметить, что в наркологической литературе аффективные нарушения считаются одним из

на более частых психопатических расстройствах от ПАВ (Бориневич, 1963; Найт, 1983; Gold, 1983; Dackis, Gold, 1983; Найт и др.). У больных наркоманией (Стрельчук, 1949; Ильясов, 1977; Дехтярев, Долтмуш и др.) абстинентном синдроме — болезненность, сопровождающаяся апатией (Найт, 1983; Kleber, 1986; Кошарова и др., 1988; Рохлина и др., 1991; Рохлина, Воронцова и др., 1993, 1994 и др.). Во время ремиссии эти расстройства, эксплозивность, приступообразность, приступообразность (Рохлина, Пятницкая, 1975), резкие приступы (Рохлина, 1983; Kleber, 1986; Вельтишев и др., 1993). Расстройства ведущие к рецидиву при опийной зависимости представляют собой навязчивым влечением к употреблению наркотика, сопровождающимся депрессивным настроением. При этом «эпизодический» прием сразу.

наиболее частых психопатологических при наркоманиях и других зависимостях от ПАВ (Бориневич, 1963; Пятницкая, 1975; Рохлина, 1982; Dackis, Gold, 1983; Найденова, 1987; Рохлина, Врублевский, 1990 и многие др.). У больных наркоманиями отмечают резкие спады настроения (Стрельчук, 1949; Пятницкая, 1975 и др.), дисфории, повышенную раздражительность, чувство неудовлетворенности (Шихмурадов, 1977; Дехтярев, Долтмурзиева, 1977; Raubsaville et al., 1982), при абстинентном синдроме — чувство дискомфорта, эмоциональную напряженность, сопровождающуюся выраженной тревогой, дисфорию, сменяющуюся апатией (Найденова и др., 1993). Многими авторами указывается на развитие разнообразных аффективных расстройств после прекращения употребления наркотиков (Стрельчук, 1949; Бориневич, 1963; Найденова, 1975; Пятницкая, 1975; Dackis, Gold, 1983; Kleber, 1986; Kosten et al., 1986; Воронин, 1987; Врублевский и др., 1988; Рохлина и др., 1988; Рохлина, Врублевский, 1990; Алигулиев, 1991; Рохлина, Воронин, 1991; Вельтищев и др., 1992; Найденова и др., 1993, 1994 и др.). У опийных наркоманов в период формирования ремиссии эти расстройства представлены эмоциональной лабильностью, эксплозивностью, угнетенностью, подавленностью, перемежающейся приступами тревоги, обострением ипохондрической симптоматики (Рохлина, Врублевский, 1990; Найденова и др., 1993; Киткина, 1993), резкими спадами настроения (Стрельчук, 1949; Пятницкая, 1975), часто выраженными депрессиями (Dackis, Gold, 1983; Kleber, 1986; Kosten et al., 1986; Рохлина, Врублевский, 1990; Вельтищев и др., 1992). Т.А. Киткина (1993) называет аффективные расстройства ведущими в клинической картине этапа становления ремиссии при опийной наркомании. В большинстве случаев эти расстройства представлены «затяжным субдепрессивным состоянием с навязчивым влечением к опиатам», а у 1/3 больных — выраженными депрессивными расстройствами, по своему психическому статусу напоминающими эндогенные депрессивные состояния (там же, стр. 29). Отмечаются отчетливые суточные колебания глубины депрессии — тоскливое настроение сильнее выражено в утренние часы (там же). При этом «у больных доминировали мысли о наркотике, о том, что его прием сразу же вернул бы их к нормальному самочувствию» (там же, стр. 29).

К вечеру выраженность депрессивных расстройств несколько уменьшается, однако навязчивые мысли о наркотике, сопровождающиеся навязчивыми воспоминаниями о состоянии после приема опия, продолжают доминировать в клинической картине (там же). «Продолжительность существования выраженных депрессивных расстройств составляла обычно 1–3 недели. Затем они медленно редуцировались, сохраняясь на субдепрессивном уровне в течение 3–4 месяцев, а иногда и на более длительный срок. По мере уменьшения депрессивной симптоматики на первый план выступали психопатоподобные расстройства, в первую очередь нарушения поведения» (там же, стр. 30). При опийной абстиненции в 53% случаев наблюдают астенодепрессивный синдром (Бориневич, 1963), при полинаркоманиях – развившиеся после начала злоупотребления наркотиками симптомы «большого депрессивного расстройства» у 17% больных (Raubsville et al., 1982), у опиоманов – выраженную депрессию в 23,8% случаев, оказавшуюся у этих больных наиболее частым психическим расстройством (Kleber, 1986). Причем часто отчетливых аффективных нарушений в преморбиде больных наркоманиями не наблюдается (Рохлина, Врублевский, 1990), и «с расстройствами настроения первая наркотизация не была связана» (там же, стр. 35). У больных полинаркоманиями (исследовались главным образом больные комбинацией опийной наркоманией и зависимостями от снотворных небарбитурового ряда или барбитуратов, а также транквилизаторов, димедрола, циклодола, алкоголя, эфедрона) аффективные нарушения выявляются у подавляющего большинства больных и в наибольшей степени выражены в структуре абстинентного симптома (там же). «Уже в первые часы после последнего приема наркотиков у них менялось настроение, появлялись немотивированная тревога, беспокойство, раздражительность. Лишь затем возникали характерные соматические, вегетативные и неврологические расстройства. На высоте абстиненции еще больше понижалось настроение, усиливалась раздражительность, появлялась склонность к дисфорическим реакциям» (там же, стр. 35), «в ряде случаев больные жаловались на тоску, но при подробном расспросе выяснилось, что речь идет не о витальной тоске, а о подавленности, окрашенной в тоскливо-злобные тона» (там же). Интересно, что «у многих больных одновременно с формированием абстинентного

синдрома появлялась не свойственная им ранее ипохондричность. Они прислушивались ко всем своим соматическим ощущениям...» (там же, стр. 36). Появлялись суицидальные тенденции, «наблюдались демонстративные самопорезы или другие самоповреждения», к которым больные «прибегали с целью снятия напряжения, уменьшения тревоги при виде крови» (там же). Отмечают, что «больные становятся чувствительны к малейшему душевному дискомфорту» — «тут же у них возникает неудержимое желание изменить свое состояние, актуализируется влечение к наркотическим или токсикоманическим веществам» (там же). При этом «обострение патологического влечения было основной причиной возобновления больными употребления наркотиков» (там же, стр. 37). «Пониженное настроение как причину обострения влечения к наркотикам называли 31% больных» (при этом пониженное настроение было первой по частоте причиной обострения влечения, второй называли неблагоприятное микросоциальное окружение (22% у лиц без патологического преморбида), в частности, общение с наркоманами, среди прочих причин отмечали бессонницу (17%)) (там же).

Уровень депрессивной симптоматики у больных опийной наркоманией оказался очень высоким в проведенном нами исследовании с помощью методики SCL-90R, он уступал только объединявшим такие симптомы, как плохой аппетит, затруднение при засыпании, мысли о смерти или умирании, переедание, пробуждение ранним утром, беспокойный или нарушенный сон, чувство вины, «дополнительным пунктам» шкалы (табл. 26). Выраженность депрессивной симптоматики, как и других психопатологических черт в группе больных наркоманией, намного превосходила показатели здоровых испытуемых. По параметру депрессии (равно как и для всех параметров шкалы, включая общий балл) между группами больных наркоманией и здоровых испытуемых были выявлены статистически значимые различия (критерий Манна-Уитни, $p < 0,001$).

Следует отметить, что больные наркоманией тестировались в момент завершения их лечения в клинике, когда выраженный абстинентный синдром был купирован, поэтому выраженность психопатологических симптомов вряд ли можно объяснить реакцией на острую абстиненцию или лечение.

Таблица 26

Усредненные результаты исследований с помощью методики SCL-90R.
В процентах от максимально возможного числа баллов

Параметр	Больные наркоманией (153 чел.)	Контрольная группа (372 чел.)
1. Соматизация	33,55±3,24	7,24±1,07
2. Obsessивно-компульсивный параметр	36,52±2,71	11,22±1,35
3. Интерперсональная чувствительность	30,81±3,06	10,70±1,49
4. Депрессия	38,64±2,56	8,91±1,27
5. Тревога	30,02±2,74	7,91±1,06
6. Враждебность	32,07±3,15	11,87±1,40
7. Фобическая тревога	18,07±2,83	3,43±0,81
8. Параноидное мышление	31,69±2,76	10,14±1,44
9. Психотицизм	31,82±2,99	7,43±1,31
10. Дополнительные пункты шкалы	41,89±3,82	9,12±1,32
11. Общий балл по шкале (GSI)	32,88±2,40	8,71±1,02

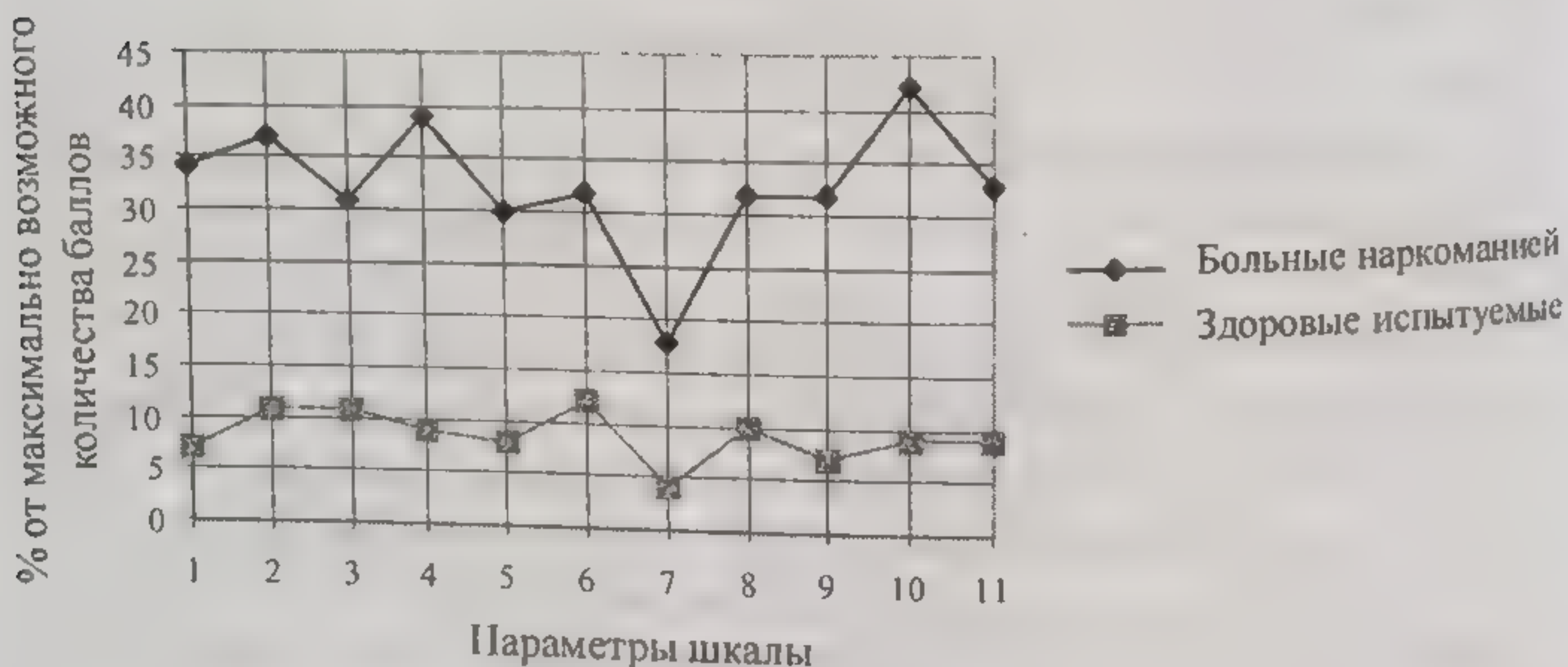


Рис. 19. Результаты исследований по шкале SCL-90

На рисунке 19 приведены «профили» по шкале SCL-90R. Верхний профиль — больные наркоманией, нижний — контрольная группа.

В постабстинентном периоде у больных наркоманиями отмечают-ся астено-депрессивные и астено-ипохондрические расстройства (Най-денова и др., 1993). «В период формирования терапевтической ремис-сии» у них наблюдается утяжеление компульсивного влечения и аф-фективных расстройств, которые проявляются «эмоциональной

лабильностью, эксплозивностью, неадекватным реагированием на любые раздражители, часто — общей подавленностью» (там же, стр. 22).

А.Ш. Тхостов и И.Н. Колымба предполагают, что базовые эмоции выступают как своеобразные первичные означающие, как особая категориальная сеть презентации реальности психическому. Патология базовых эмоций при этом является механизмом образования беспредметных тоски и тревоги (голотимного аффекта) (Колымба, Тхостов, 1996; Тхостов, Колымба, 1998, 1998а, 1999). По-видимому, закономерно предположить, что возможным фактором такой патологии может выступать трансформация внутренних эмоциональных эталонов. Также можно предположить, что в случае наркозависимости в результате сверхположительного, сверхприятного внутреннего опыта, так же как эталоны внутреннего восприятия, эталоны механизмов «базового» эмоционального отражения подвергаются трансформации, в результате которой «обычное» самочувствие начинает «означаться» негативными базовыми эмоциями — субъект переживает беспричинные, беспредметные тоску, тревогу, дисфорию и т.д. С другой стороны, развитие патологической потребности в ПАВ провоцирует опредмеченный (кататимный) аффект — отражающий эту патологическую потребность. В ситуации абстиненции субъект испытывает негативные эмоции, так как не может эту потребность реализовать — т.е. употребить ПАВ. Возвращаясь к голотимному типу аффекта, нужно отметить, что, по мнению А.Ш. Тхостова и И.Н. Колымба, такие аффекты стремятся «завершиться», приобретая «психологически правильное оформление» — беспредметное эмоциональное переживание «выбирает» или «находит» свое означаемое, реализуясь в виде того или иного «содержательного» психического расстройства, при этом выбор объекта определяется в первую очередь степенью его возможной опасности (Колымба, Тхостов, 1996; Тхостов, Колымба, 1998, 1998а, 1999). У переживающих отказ от наркотика больных наркоманией объектом такого означения могут стать негативно окрашенные интрацептивные ощущения, вызванные помимо чисто физиологических причин трансформацией эталонов внутреннего восприятия. Отметим, что болевые и другие болезненные ощущения определенно рассматриваются больными как опасные, угрожающие. Но, по-видимому, и «дискомфортное» ощущение «обычного» состояния уже за границей острой абсти-

ненции также может стать предметом «голотимного означения». Больной начинает считать, что испытывает тоску, *потому что* «ему больно», «его ломает», «его кумарит», или *потому что* «у него чувство дискомфорта» и т.п. – в общем, *потому что* он ощущает что-то неприятное. «Опредмечиванием» голотимного аффекта интрацептивными ощущениями может быть объяснена отмеченная некоторыми исследователями у больных наркоманией в абстиненции «не свойственная им ранее» ипохондричность, а также особое внимание ко всем своим соматическим ощущениям (см. выше).

Патологическая трансформация эталонов внутреннего восприятия трансформирует структуру индивидуальной системы значений внутреннего восприятия субъекта – «старая», «донаркотическая» система значений была сформирована для знако-символического опосредствования отражения ненаркотического внутреннего восприятия, ненаркотического внутреннего опыта, наркотический опыт и наркотические ощущения требуют патологической адаптации средств означения, которая выражается в трансформации индивидуальной системы значений внутреннего восприятия – она становится ненормативной из-за необходимости отражения неконвенционального опыта, метафоризированной из-за необходимости представить в сознании необычные ощущения, для которых не находится «непереносных» значений, плохо структурированной из-за невозможности адекватной категоризации (у больного наркоманией, в принципе, в основе категоризации чаще всего лежит всего один конструкт («кайф», «эйфория» – «ломка», «кумар»*), этого определено недостаточно для образования четкой структуры индивидуальной системы интрацептивных значений) и формирования вне сензитивных периодов освоения языка, а также из-за того, что сам внутренний опыт в условиях наркотизации нечеток, диффузен и неструктурирован и представляет собой аморфное

* Нужно отметить, что, как и очень многие слова сленга наркоманов, слово «кумар» имеет несколько значений и может означать как «состояние сильного наркотического похмелья или голодания» (Ширянов, 2001, стр. 210), абстиненцию, так и иногда – прием наркотика («кумарить» – или «находиться в состоянии наркотической абстиненции», или «принимать наркотики» (там же)). Мы будем использовать это слово исключительно в первом значении – значении абстиненции.

нагромождение следов пережитых в измененных состояниях сознания, часто в состояниях деперсонализации и дереализации, ощущений или же ощущений нарастающего на фоне тревожно-ажитированной деятельности лихорадочного поиска наркотика «кумара». Новый наркоманический внутренний опыт также порождает отсутствовавшие до нарктотизации патологические семантические механизмы, играющие роль в трансформации индивидуальных систем значений внутреннего восприятия.

Можно высказать предположение, что разрушение (патологическая трансформация) интрацептивных эталонов, в частности эталона «обычного» самочувствия, происходит и при некоторых других психических нарушениях, при этом выступая одним из факторов развития этого нарушения — например, при посттравматическом стрессовом расстройстве — под воздействием травматического опыта.

Ощущения дискомфорта, проявляющиеся у больных с зависимостями от ПАВ при его отмене, можно рассматривать как один из интрацептивных сигналов патологического влечения (патологической потребности) субъекту. Интрацептивным сигналам влечения к ПАВ посвящен следующий раздел.

4.2. О возможной роли интрацептивного сигнала в структуре патологического влечения к ПАВ

В данном разделе речь пойдет о сигнальной функции интрацепции. Под интрацептивным сигналом мы понимаем комплекс (паттерн) интрацептивных ощущений, интерпретируемый сознанием как определенный знак, определенное сообщение, идущее от тела в сознание (от телесного к психическому), значимый для осуществления определенной деятельности или запускающий определенное поведение. Интрацептивный сигнал мы понимаем не как примитивный стимул, не как механическое раздражение, а как сложный процесс, происходящий в рамках интрацептивного восприятия как высшей, социально опосредствованной психической функции. Нужно сказать, что использование слова «сигнал» в данном контексте достаточно условно.

Можно было бы также использовать слово «стимул». Мы используем «сигнал» в значении некоего проявления существования чего-либо, вызывающего какую-либо ответную реакцию (Словарь русского языка, 1988), проявления существования интрацептивных ощущений, вызывающего в конечном итоге, или так или иначе детерминирующего, реакцию изменения поведения, деятельности, сознания и т.д. При этом мы ни в коем случае не рассматриваем интрацептивный сигнал в контексте простейшей рефлексивной цепочки стимул–реакция. Связь интрацептивного паттерна, с одной стороны, и поведения, действия и т.п. – с другой, безусловно может быть достаточно сложной, комплексной, семантически опосредствованной, а происходящая в конечном итоге реакция – субъективно воспринимаемой как произвольное сознательное действие.

Можно условно разделить интрацептивные сигналы на конкретные (локализованные) и сигналы самочувствия (флуктуации самочувствия) – диффузные, охватывающие все тело. Даже латентный «нормальный» интрацептивный фон, обычное самочувствие – тоже своеобразный сигнал «все в порядке».

Сигнальная функция телесного ощущения, в общем, очевидна. Попав в сознание субъекта, этот сигнал приобретает значение. Однако дальнейшее знаково-символическое опосредствование этого сигнала сознанием, означение его означения, обрастание его личностными смыслами может значительно трансформировать, изменять или расширять, мифологизировать и метафоризировать это первичное значение. Функция сигнализации интрацептивным ощущением «некоторого телесного состояния может видоизменяться, включаясь через различные способы мифологизации в не связанные с ним прямо мотивы и смысловые образования» (Тхостов, 2002, стр. 141-142). Интрацептивные ощущения и телесные функции «могут стать средствами выражения не собственных природных потребностей, а других, прямо с ними не связанных, например, коммуникативных» (там же, стр. 142). В дальнейшем такое означение начального значения интрацептивного сигнала мы будем называть вторичным или расширенным его означением.

Под влечением (тягой) мы понимаем любые психические и/или поведенческие проявления патологического желания (потребности)

совершить определенные (противоречащие здравому смыслу, иррациональные, вредоносные по отношению к самому субъекту этих действий и т.п.) действия (например, связанные с употреблением наркотика, алкоголизацией и т.п.), при этом обозначенное патологическое желание (или потребность) имеет постоянный или повторяющийся характер проявлений и мотивирует поведение субъекта. Влечение может быть представлено в сознании явно или в «закамуфлированной» (например в рационализированной) форме.

В наркологии патологическое влечение понимается по-разному. От «навязчивого стремления» (Дунаевский, Стяжкин, 1990, стр. 38) к употреблению ПАВ индивида до дипсомании – влечения, «охватывающего больного», «непреодолимого», «неодолимого» (Маньян, 1995, стр. 67). Еще в 1819 году К.М. Бриль-Крамер, дифференцируя влечение к алкоголю по механизмам его возникновения, в качестве одной группы мотивов злоупотребления алкоголем назвал «неприятные ощущения, происходящие от систематической интоксикации организма и устраняемые новыми порциями алкоголя» (Альтшулер, 1994, стр. 12).

Можно предположить, что в определенных случаях интрацептивный сигнал влечения может субъективно восприниматься больным как тактильные или вкусовые ощущения (хотя при этом раздражения этих рецепторов не происходит). Так, В.Б. Альтшулер описывает больного алкоголизмом, у которого влечение к алкоголю сопровождалось «ощущениями сильной жажды и явственного вкуса водки на кончике «ощущениями сильной жажды и явственного вкуса водки на кончике языка, с характерным жжением и пощипыванием. Происходило это лишь в те минуты, когда тяга к спиртному была особенно сильной, чаще всего во время похмельных состояний. Однако подобные же явления имели место и непосредственно после лечения в больнице; так, однажды в день выписки сразу же почувствовал сильное желание напиться, возникло обильное слюноотделение, появился вкус водки на языке, больной спешно устремился в ближайший магазин, где купил бутылку водки, в течение часа выпил ее до дна и спустя 3 дня непрерывного пьянства был возвращен в больницу. ...В дальнейшем вкусовые ощущения алкоголя на языке возникали регулярно при обострениях тяги к алкоголю и сопровождались бессонницей, чувством дискомфорта, подавленностью и тревогой» (Альтшулер, 1994, стр. 96-97). По мнению этого автора, «чем интенсивнее влече-

ние к алкоголю, тем больше оно приобретает сенсорную окраску (“раздирает”, “спазмы во рту” и пр.); наоборот, малая интенсивность влечения... имеет форму мысленных представлений и воспоминаний» (там же, стр. 81). Описанное явление В.Б. Альтшулер обозначает как «сенсоризацию» влечения к алкоголю при наркстании его интенсивности. Приведенный выше случай вкусовых галлюцинаций (вкуса алкоголя во рту) при усилении тяги к алкоголю (в преддверии или во время рецидива) является, по его мнению, крайним выражением описанного феномена «сенсоризации» патологического влечения к алкоголю, обусловленного повышением интенсивности влечения (там же).

Признаками патологического влечения к алкоголю называют также чувство дискомфорта, жажду, раздражительность — в состоянии абстиненции, а при упоминаниях об алкоголе — радостное волнение и оживление («душа замирает»); наблюдающиеся при переживании алкогольного абстинентного синдрома тошноту, головную боль, судороги икроножных мышц, тремор связывают с предшествующей алкогольной интоксикацией (там же).

Некоторые авторы разделяют два клинических варианта патологического влечения к наркотику — периодическое и постоянное (Воронин, 1987; Киткина, 1993). Отмечают, что у больных, находящихся на начальном этапе ремиссии, при периодическом варианте проявлений влечения к опиатам периоды актуализации влечения характеризуются «приступами» дисфории, раздражительности, выраженной эмоциональной лабильности, «при этом больные отрицали наличие влечения к наркотикам. В дальнейшем влечение осознавалось...» (Киткина, 1993, стр. 30). При постоянном варианте проявления патологического влечения часто соматизированы, «выражаясь постоянными умеренными болями в мышцах конечностей, в пояснице... Отмечались также различные неприятные ощущения в теле, зуд в области вен, в местах инъекций, зубная боль». При этом влечение часто приобретало характер компульсивности и приводило к «срывам». На этапе стабилизации ремиссии «больные ощущали как бы “дефицитность” качества жизни, заявляя, что им “чего-то не хватает”, что при встрече с наркоманами испытывают чувство зависти, “так как те продолжают кайфовать”» (там же). Через достаточно длительное вре-

мя (от 6–8 месяцев до 1,5–2 лет при различных типах течения ремиссии) самочувствие невозобновивших употребление наркотиков пациентов приближалось к «абсолютному здоровью» (там же, стр. 31). При этом в клинической практике известны многочисленные случаи возобновления употребления наркотика через 2 и более лет ремиссии. По-видимому, заявления больных об «абсолютном здоровье» носят чисто декларативный характер, влечение сохраняется гораздо более длительные сроки, меняя формы и характер своих проявлений.

При героиновой наркомании патологическое компульсивное влечение к наркотику сохраняется на всем протяжении существования абстинентного синдрома и проявляется в клинике «в типичном “поле-вом” наркотическом поведении в отделении» (Найденова и др., 1994, стр. 41). После купирования острых симптомов абстиненции компульсивное влечение к наркотику «остаётся и определяет все дальнейшее поведение пациентов» (там же, стр. 42–43).

Обострение влечения к наркотикам называют основной причиной рецидивов при наркоманиях (Рохлина, Врублевский, 1990). При этом обострению влечения к наркотикам, как уже указывалось выше, обычно предшествуют аффективные расстройства (там же).

Основное содержание патологического влечения к ПАВ – желание (потребность, необходимость) (часто бессознательное или вытесненное) принять ПАВ, однако оно может проявляться самыми различными способами, которые можно условно разделить на:

– явные проявления влечения: мысли о ПАВ и его потреблении, часто навязчивые; «мыслеобразы» («картинки») о ПАВ и его потреблении; фантазии о ПАВ и его потреблении; сновидения о ПАВ и его потреблении; общение с другими потребителями ПАВ, связанное с его потреблением – совместный поиск или употребление ПАВ; разговоры о ПАВ и его потреблении, обычно с положительным эмоциональным оттенком – обмен опытом и впечатлениями; поиск денег на ПАВ; навязчивое стремление попасть в места, связанные с ПАВ – места его распространения и/или употребления; определенный образ жизни, детерминированный потреблением ПАВ и «сужающий» всю деятельность только к этому и т.д.

– «закамуфлированные» или рационализированные проявления влечения: повышенный интерес к людям, связанным для носителя

влечения с ПАВ; повышенный интерес к другим потребителям ПАВ вообще, часто сексуальный интерес к другому потребителю ПАВ; повышенный интерес к деньгам – для наркоманов, особенно для потребляющих наркотики систематически, деньги часто очень сильно ассоциированы с возможностью приобретения наркотика; повышенный интерес к любой информации о ПАВ; особое аффективное личное отношение ко всему, что связано с ПАВ, как к чему-то сокровенному, заветному, «интимному»; «размышления и сомнения» (Альтшулер, 1994) на тему потребления ПАВ; модуляции настроения – в основном в депрессивную сторону; поиск поводов для срыва или употребления – часто с провокацией конфликтных или стрессовых ситуаций; манипуляции окружающими – часто с целью совместного употребления; изменения образа жизни так, чтобы облегчить поиск и употребление ПАВ; интерес (обычно неосознаваемый или плохо осознаваемый), тяга к определенным местам, косвенно связанным с потреблением ПАВ; потеря интереса ко всему, что никак не связано с ПАВ (так называемое «сужение сознания»); специфические мысли или мыслеобразы, косвенно имеющие связь с потреблением ПАВ; фантазии и сновидения, в которых косвенно проявляется что-либо, связанное с потреблением ПАВ; рационализация употребления или срыва (внешними событиями или внутренними состояниями); декларации необходимости употребления – «нужно как лекарство, необходимо поддержать себя» и т.п.; убеждение себя в безопасности потребления ПАВ, в возможности отказа от него в любой момент, умаление и обесценивание всякого вреда от потребления ПАВ; умаление и обесценивание последствий потребления; стремление придать употреблению ПАВ значение вознаграждения себя за что-то; попытки «заключения сделок», договоров с собой или близкими – об употреблении ПАВ не чаще, чем раз в определенный период и т.п.; временное дистанцирование от любых действий, мешающих потреблению – «брошу завтра» и т.п.; повышенное внимание к тому, что другие употребляют ПАВ – «почему я не могу?» – часто встречаются иррациональные утверждения типа «ну все же колются» и т.п.; иллюзии возможности измениться к лучшему за счет потребления ПАВ («стать магом» и т.п.); повышенный интерес к «разрешенным» наркотикам – табаку, кофе – и повышенное их потребление; некая «особая», своя философия и т.д.

Можно сказать, что патологическое влечение к ПАВ обладает психологическими свойствами навязчивости, ригидности («вязкости»), доминантности, конкретности (преимущественно), преломления реальности; сужает и ограничивает диапазон деятельности субъекта.

Некоторые авторы разделяют психическое (обсессивное) и физическое (компульсивное) влечение. «Психическое влечение выражается в постоянных мыслях о наркотике, поеме настроения в предвкушении приема, подавленности, неудовлетворенности в отсутствие наркотика» (Пятницкая, 1975, стр. 30). Все, связанное с наркотизацией, пациент оценивает неадекватно положительно (там же). Комппульсивное влечение выражается в неодолимом стремлении к наркотизации, оно «способно представлять все содержание сознания в настоящий момент», и «не только определяет умонастроение и аффективный фон; оно диктует поведение, подавляет и устраняет противоречащие мотивы и контроль. Комппульсивное влечение определяет поступки больных, мотивацию их действий. При комппульсивном влечении все направлено на поиск наркотика и на преодоление препятствий к этому» (там же, стр. 34). Разделяют комппульсивное влечение, возникающее вне интоксикации (в светлом промежутке), и входящее в структуру абстинентного синдрома. При этом первое могло бы расцениваться как первый признак абстиненции, но часто появляется в развитии заболевания раньше, нежели сформируется абстинентный синдром. При этом при опиизме и барбитуризме симптоматика развертывается в сжатые сроки, и этот временной разрыв выделить во многих случаях трудно (там же). По мнению И.Н. Пятницкой, «биологический смысл комппульсивного влечения, возникающего в светлом промежутке, и комппульсивного влечения, входящего в структуру абстинентного синдрома, кажется понятным. Здесь комппульсивное влечение — сигнал острой потребности, показатель физической необходимости в дозе наркотика» (там же, стр. 35). Отмечают, что степень насыщенности влечения к наркотику в абстинентном синдроме «находится в прямой зависимости от тяжести неприятных телесных ощущений» (Надеждин, 1994, стр. 29).

Интрацептивный сигнал может запускать определенный тип поведения или определять мотив (как побуждение к действию) поведе-

ния. Например, сильная боль запускает поведение типа «поиск лекарства» или «поиск врача», ощущение голода или аппетита — поведение «поиска пищи» (можно, кстати, предположить что патологический интрацептивный сигнал часто подменяет чувство аппетита чувством голода), сексуальные сигналы детерминируют половое поведение, а сигнал «позыв к дефекации» или «позыв к уринации» запускает поведение типа «поиск туалета». Причем обычно поведение, запускаемое интрацептивным сигналом, носит социальный характер, имеет преобладающую или выраженную социальную составляющую, соотносится с интериоризированными социальными нормами и запретами.

Сила интрацептивного сигнала определяет приоритет поведения. При очень сильном сигнале поведение приобретает наивысший приоритет, носит безотлагательный характер и начинает немедленно осуществляться. При более слабом сигнале наблюдается определенная борьба мотивов и, возможно, продолжение субъектом досигнальной деятельности (в этом случае, вероятно, мотивы этой деятельности в иерархии мотивов имеют более высокий приоритет по отношению к мотивам поведения, определяемого сигналом), осуществление определенной коррекции досигнальной деятельности (в этом случае, вероятно, мотивы этой деятельности имеют примерно равный приоритет с мотивами поведения, определяемого сигналом) или осуществление поведения, определяемого сигналом (наивысший приоритет мотивов поведения, определяемого сигналом). При этом в динамике борьбы мотивов возможны «метания» субъекта от одного вида поведения к другому, что со стороны может выглядеть странным и «ненормальным» и поэтому, пытаясь соответствовать социальным нормам «целенаправленности» — «осмысленности» — «нормальности» поведения, субъект может сознательно или неосознанно маскировать свои «метания» под целенаправленную деятельность.

Другой тип маскирующего поведения может сознательно осуществляться в случае, когда поведение, задаваемое интрацептивным сигналом, имеет антисоциальный характер, противоречит социальным нормам и нарушает социальные запреты. При употреблении наркотиков или алкоголя больным наркоманией или алкоголизмом интрацептивный сигнал, сформировавшийся в результате опыта

болезни, запускает поисковое поведение, которое может иметь сложный социальный характер.

Определим субъективно воспринимаемый дискомфортно или болезненно интрацептивный сигнал как отрицательный (или негативный), а субъективно воспринимаемый комфортно – как положительный. При этом можно предположить, что поведение, мотивируемое отрицательным интрацептивным сигналом, будет направлено на устранение этого сигнала. Поведение же, мотивируемое положительным интрацептивным сигналом, – на его поддержание. Примерами положительного интрацептивного сигнала являются, например, сексуальные ощущения, ощущения опьянения. Приятные интрацептивные ощущения могут восприниматься как своеобразное вознаграждение за определенное поведение и стимулировать субъекта к повторению или продолжению этого поведения. В состоянии острой интоксикации ПАВ ощущения эйфории «сигнализируют» о «необходимости» ее продолжения. Отрицательные, субъективно неприятные интрацептивные сигналы сигнализируют о необходимости изменения чего-то, стимулируют к поведению на устранение такого сигнала – например, ощущения голода стимулируют к поиску и приему пищи, ощущение боли – к приему лекарства, обращению к врачу и т.д. К отрицательным интрацептивным сигналам относятся, конечно, и ощущения, возникающие при отмене наркотика – при абстиненции.

В состоянии абстиненции субъект воспринимает отрицательный интрацептивный сигнал (сигнал «плохо») – следовательно должен начать осуществлять поведение для устранения этого сигнала. Оно определяется знаниями, почерпнутыми извне, или пережитым опытом.

Примером осознаваемого конкретного, локализованного негативного интрацептивного сигнала влечения к ПАВ может послужить описанное Н.А. Носовым и Ю.Т. Яценко (1997, стр. 96) «сосущее ощущение в эпигастральной области» у больных алкоголизмом, при этом «лишь одно мыслительное представление о выпитых 150 или 200 граммах алкоголя полностью снимает» это ощущение и «вызывает компульсивное влечение к алкоголю».

В ситуации абстинентного синдрома негативный интрацептивный сигнал, по-видимому, становится доминирующим. Интересно, что «в

разгаре абстиненции наркотик в сознании больных воспринимается как лекарство, а его эйфорическое действие не рассматривается: "Хочется просто поправить здоровье". Это находит отражение в сленге: наркоманы вне абстиненции употребляют обычные жаргонные термины для обозначения наркотика: "ширка", "черняшка" и т.д., а при развитии абстинентного синдрома — "лекарство", "микстура". Меняется мотивировка употребления наркотика: на высоте абстинентного синдрома он употребляется "не для кайфа, а чтобы прекратить страдания"» (Надеждин, 1994, стр. 29).

Можно предположить что интрацептивный сигнал может быть надпороговым для сознания — тогда он осознается непосредственно, но может быть и подпороговым — не осознаваться. Тем не менее подпороговость сигнала не означает, что он не может мотивировать поведение субъекта, так как, по-видимому, дейсивуют определенные психические механизмы (существуют определенные психические средства), представляющие этот сигнал в сознании косвенно.

Подпороговый интрацептивный сигнал может, вероятно, быть представлен в сознании как нечто смутное и размытое или как мифологема, иррациональная мысль, навязчивая идея и т.п. При этом содержание данной когниции непосредственно подталкивает к поведению, связанному с устранением интрацептивного сигнала (в случае отрицательного интрацептивного сигнала) или с его поддержанием (в случае положительного), или, по крайней мере, каким-либо образом привлекает внимание субъекта к возможности такого поведения, или вообще как-то связано с этим поведением. Здесь возможно также действие механизмов рационализации или мифологизации мотивов, обусловленных подпороговыми сигналами поведения. Вероятно, что в психическом существуют механизмы распознавания сигнала и они могут быть бессознательными (когда сигнал — подпороговый для сознания), тогда и происходит рационализация или мифологизация мотива поведения, поскольку сам сигнал не представлен в сознании. Эта рационализация или мифологизация может иметь функцию психологической защиты — обход социальных запретов, необходимость защиты самосознания от травматизации фрустрациями когнитивных диссонансов — и направляться по пути социальной приемлемости. Тогда в сознании будут представлены приемлемые для него с точки

зрения социальных норм мотивировки запускаемого интрацептивным сигналом поведения. Возможно также осуществление субъектом дополнительных действий, способствующих «вписыванию» поведения в нужную схему. Тут можно привести анекдот, в котором один алкоголик предлагает другому пойти купить шнурки, чтобы потом их «обмыть» — если в системе социальных норм употребление алкоголя без повода осуждается, то нужно совершить действие, дающее к этому повод, хотя само действие по потреблению алкоголя запускается патологическим интрацептивным сигналом влечения, которым может и не осознаваться до конца. В случае «сильного» надпорогового сигнала эти механизмы не действуют — сигнал «затмевает» все в фокусе сознания, и «запрашиваемое» этим сигналом поведение имеет наивысший приоритет.

Можно предположить, что негативно окрашенные внутренние ощущения мотивируют субъекта к действиям, направленным на их прекращение. Негативно окрашенные внутренние ощущения можно рассматривать как источник, сигнал диссонанса, несоответствия, противоречия. А «возникновение диссонанса, порождающего психологический дискомфорт, будет мотивировать индивида к попытке уменьшить степень диссонанса и, по возможности, достичь консонанса» (Фестингер, 1999, стр. 17). К тому же «в случае возникновения диссонанса, помимо стремления к его уменьшению, индивид будет активно избегать ситуаций и информации, которые могут вести к его возрастанию» (там же). Таким образом, можно обозначить негативный интрацептивный сигнал как сигнал внутреннего диссонанса, «заявляющий» необходимость изменения или прекращения чего-то — например абстиненции, неупотребления ПАВ. Положительный же интрацептивный сигнал — это сигнал согласия, соответствия, консонанса. Он «заявляет» необходимость продолжения, подкрепления чего-то — в частности приема ПАВ.

Говоря об интрацептивном сигнале «дискомфорта», негативном сигнале, следует отметить его специфическую привязанность к внутренним субъективным эталонам. По-видимому, существует память о комфортных состояниях, точнее, о наборе интрацептивных ощущений, которые были фоном или содержанием этого состояния. Переживание комфортного состояния может трансформировать нормаль-

ное состояние в дискомфортное (подробнее см. выше), перенастроить психические механизмы, изменить эталоны. Возникает новый патологический эталон (порог) комфорта и «нормальное» ранее состояние начинает восприниматься как дискомфортное. (Можно предположить, что понижение субъективных порогов комфорта происходит с гораздо большим трудом, чем повышение, а иногда, по-видимому, вообще невозможно — поэтому терапия и реабилитация больных с зависимостью от ПАВ встречаются с большими сложностями, а их результаты весьма разочаровывающи.) Тогда тело начинает «сигнализировать» об этом дискомфорте. При этом субъект перестает получать удовольствие или удовлетворение (чувство, ощущение комфорта) от того, от чего получал ранее. Такое положение вещей может быть причиной фрустрации и провоцировать у больного с зависимостью от ПАВ агрессивное или аутоагрессивное поведение. Употребление наркотика (особенно внутривенно) само по себе может рассматриваться как форма самоповреждающего поведения, у больных опийной наркоманией также часто отмечаются эпизоды агрессивного антисоциального поведения (кражи, грабежи и т.п.), суицидальные действия, склонность к таким видам аутоагрессивного самоповреждающего поведения, как татуировки, пирсинг, шрамирование, вживление инородных тел в половые органы якобы для более острых ощущений во время секса и т.п. (Елшанский, 1999; Грюнталь, Елшанский, 2002). Самоповреждающую аутоагрессию можно в данном контексте рассматривать как своеобразную «мсть» своему телу за то, что оно перестало доставлять обычные ощущения комфорта, и теперь, для того чтобы чувствовать телесный комфорт, нужно употреблять наркотик.

На рисунке 20 представлена схема взаимодействия интрацептивного сигнала с эталоном внутреннего комфорта. В случае длительного или сильного превышения уровня сигназируемого комфорта эталона возможна трансформация эталона комфорта в сторону повышения, т.е. в этом случае ранее воспринимавшиеся как сверхположительные ощущения становятся эталоном «нормального» комфорта.

Если подходить к проблеме с позиций гомеостаза, то должны существовать также определенные «защитные» психологические механизмы совладания с мотивирующим действием интрацептивных сигналов, которые позволяют в определенных случаях игнорировать

Рис. 20. Взаимодействие интрацептивного сигнала с эталоном внутреннего комфорта

интрацептивные сигналы, провоцирующие поведение, такой сигнал, интерпретируемый также когда определено сигнальному. Возможно несколько типов сигналов и, следовательно, сигналов и выбора поведения. Прimitивные поведенческие «ригидные» механизмы действия таких механизмов заболевания. Человек не болен. Пациент также не перегружен действием, принимая

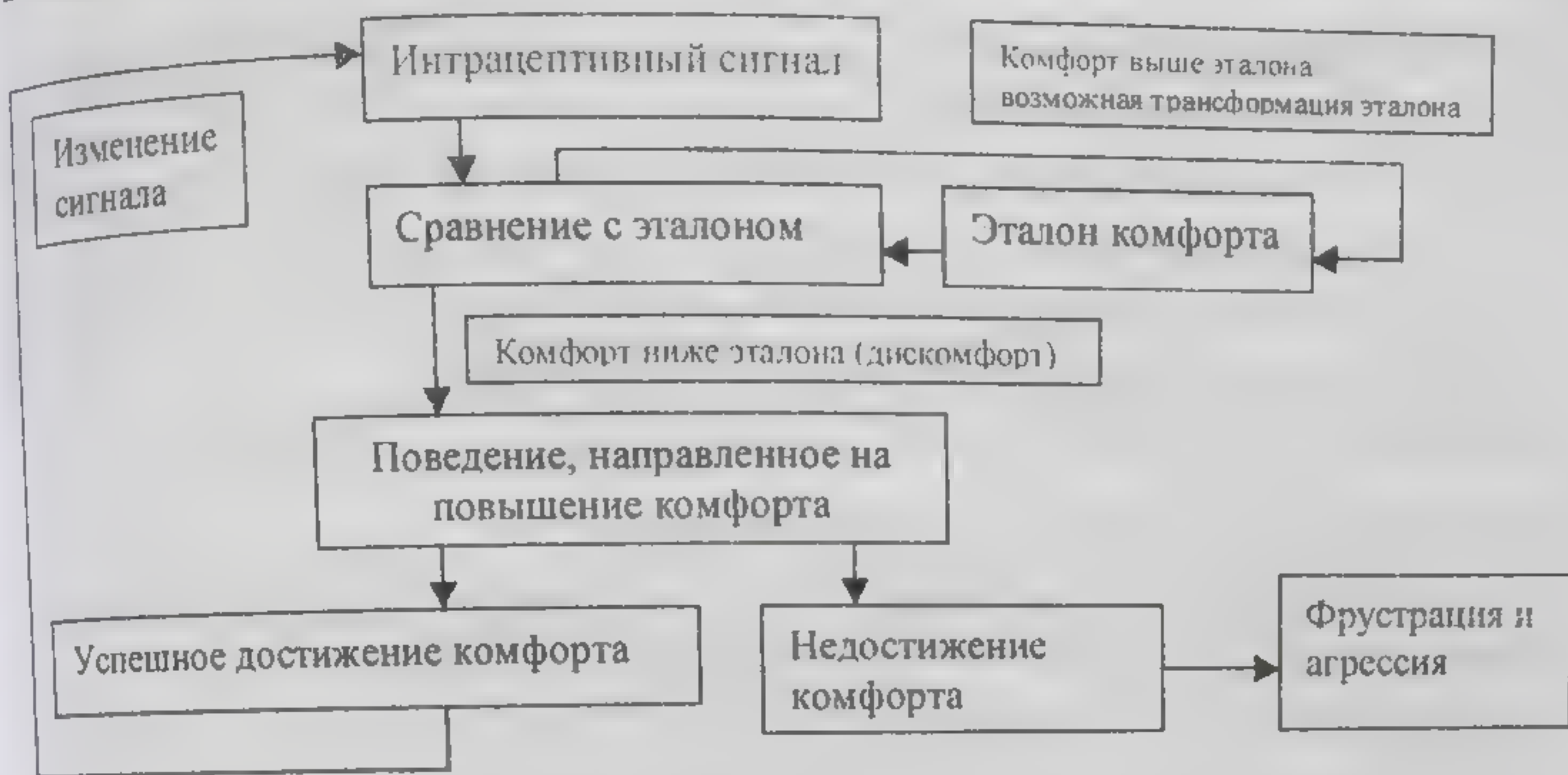


Рис. 20. Взаимодействие интрацептивного сигнала с эталоном внутреннего комфорта

интрацептивные сигналы. Вероятно, такими случаями являются противоречие поведения, к которому мотивирует субъекта интрацептивный сигнал, интериоризированным социальным нормам и запретам, а также когда определяемое сигналом поведение как-то противоречит досигнальному. Можно предположить также случаи наличия одновременно нескольких противоречащих друг другу интрацептивных сигналов и, следовательно, существование механизмов сравнения сигналов и выбора приоритетного сигнала.

Примитивные психологические защиты, по-видимому, формируют «ригидные» механизмы игнорирования интрацептивных сигналов. Действие таких механизмов может быть причиной психосоматических заболеваний или играть роль в развитии соматических – если человек не реагирует на сигнал, то это может вызвать или усугубить болезнь.

Память о негативных ощущениях, негативном внутреннем опыте также влияет на поведение. Так, например, неприятное ощущение перегрузки при взлете или посадке самолета может вызывать впоследствии нежелание летать. Память о ломке заставляет наркомана принимать наркотик после срыва. Среди наркологов бытует мнение,

что «переломавшийся всухую» — то есть без медикаментозной помощи и особенно болезненно — больной наркоманией имеет меньший риск рецидива — память о негативных ощущениях иногда побеждает даже влечение к наркотику. Причем часто такое влияние ощущений на поведение бессознательно. Вообще к списку возможных проявлений бессознательного — сны, ошибки, оговорки и опiski в обыденной жизни и т.д. — нужно добавить интрацепцию. Интрацепция — определенно один из языков бессознательного.

К вопросу о «попадании» внутренних ощущений в сознание, можно привести один интересный опыт, обозначенный нами как «опыт с головой и глазами». Сначала мы просили испытуемых двигать влево-вправо глазами, а затем спрашивали, ощущали ли они движения глаз. Все испытуемые (было опрошено 30 человек) ответили утвердительно. Затем мы просили их сосредоточить свой взгляд на точке перед собой и одновременно вертеть влево-вправо головой. При этом, для того чтобы сохранить фиксацию взгляда, глаза испытуемых двигались реципрокно голове. Однако когда мы спросили, ощущали ли они движения глаз в этом случае, все испытуемые ответили отрицательно, при этом они отметили, что ощущали движения шеи. Таким образом, проциоцептивные ощущения глаз во втором случае (движение головой) не попадали в сознание. Можно констатировать, что внутренние ощущения «падают» туда весьма избирательно и, по-видимому, существуют механизмы, управляющие этой избирательностью.

Вообще избирательность внутреннего восприятия представляет собой очень интересную тему для исследования. Существует много различных фактов, свидетельствующих о наличии механизмов такой избирательности. Например, в случаях одновременных ранений в разные части тела иногда болевые ощущения от одной из ран полностью игнорируются сознанием. В одной из телепередач было интервью с генералом А.И. Халутиным, который рассказал историю о летчике, получившем одновременно два тяжелых ранения — в глаз (осколком) и в лопатку. При этом он абсолютно не чувствовал второго (в лопатку) ранения.

На представленной ниже схеме в самом общем виде представлены основные элементы механизма детерминирования поведения интрацептивным сигналом. На входе психического находится телесный

стат. а на вых
рис. 21).

Важно замет

появления этого

сигналом, прохо

нее сигналом, о

т.р.н. среде и

лической репрез

живает» субъект

редствование в

мы имеем цепоч

По-видимому, т

ми поведения ш

В случае отс

меняется (рис. 2

Таким обра

отсрочивания, в

означение меня

мого механизма

означение — оз

потребности («

Сигнал (с

Опос

Рис. 2

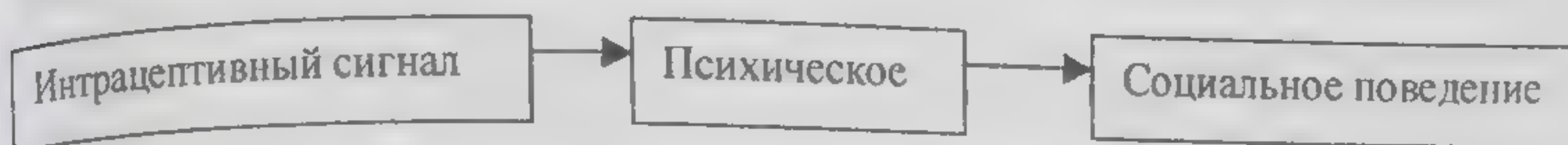


Рис. 21. Детерминирование поведения интрацептивным сигналом

сигнал, а на выходе – социальное поведение, которое он запускает (рис. 21).

Важно заметить, что между телесным сигналом (или моментом появления этого сигнала) и реализацией поведения, связанного с этим сигналом, проходит определенное время. То есть действие, запускаемое сигналом, отсрочено. При этом оно осуществляется в социокультурной среде и поэтому требует сознания, требует знаково-символической репрезентации. Если действие, к которому сигнал «подталкивает» субъекта, не отсрочено, то это знаково-символическое опосредствование в принципе и не является необходимым. В этом случае мы имеем цепочку простейшего инстинктивного поведения (рис. 22). По-видимому, такие механизмы запускаемого внутренними сигналами поведения широко распространены в животном мире.

В случае отсроченного поведения, требующего означения, схема меняется (рис. 23).

Таким образом, означение приобретает своеобразную функцию отсрочивания, временную функцию. Можно предположить также, что означение меняется, «расширяется» в процессе действия описываемого механизма, и в принципе мы можем выделить как бы первичное означение – означение внутреннего сигнала, означение внутренней потребности («у меня есть такая потребность») – сознание потребно-

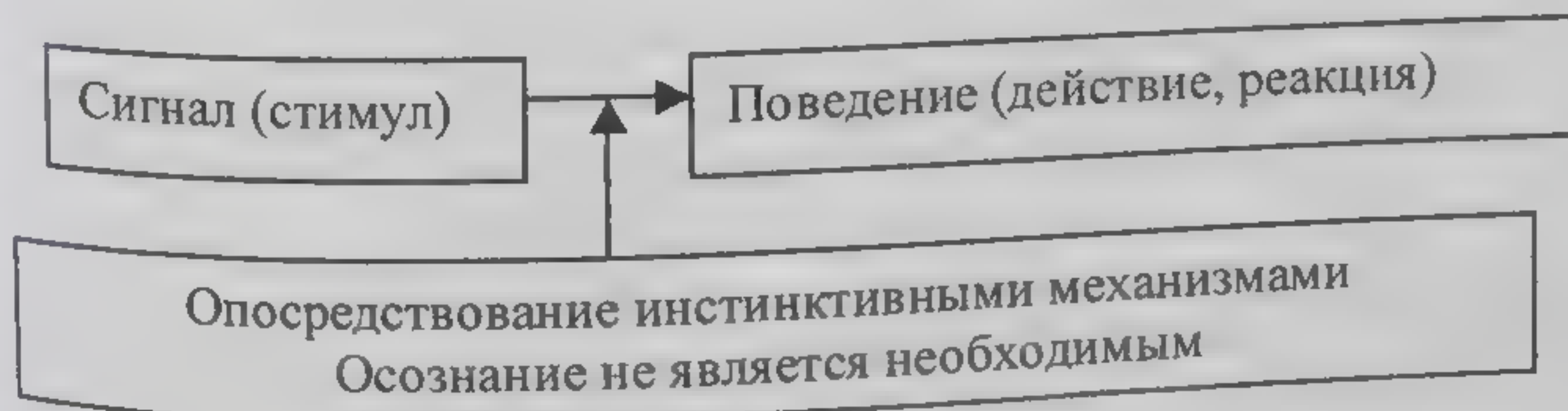


Рис. 22. Механизм простейшего инстинктивного поведения

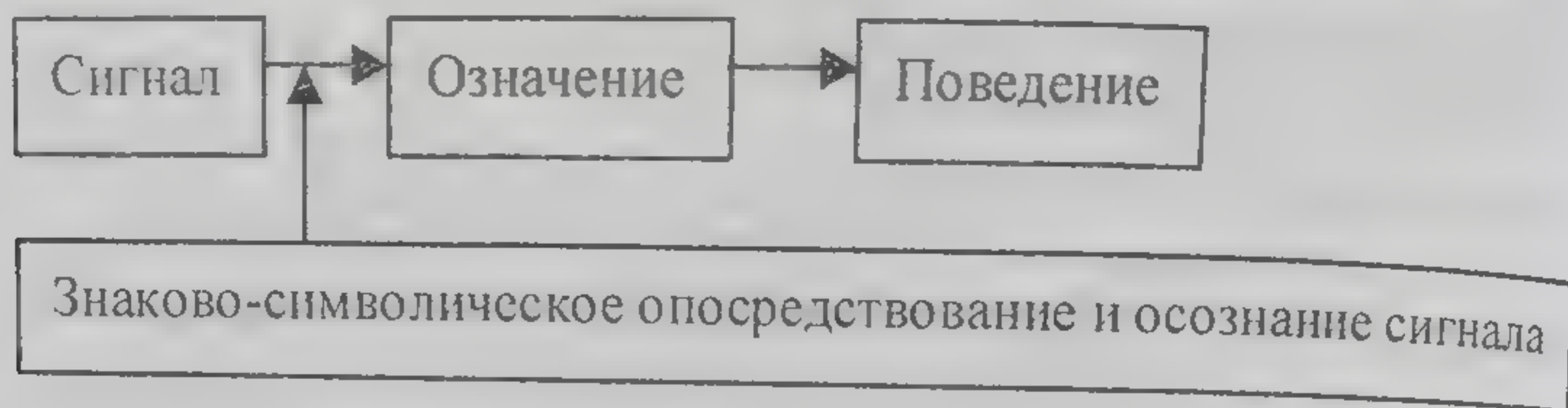


Рис. 23. Механизм отсроченного поведения

сти и вторичное (расширенное) означение – означение этого означения, его личностный смысл, важность, возможность (ресурсы) реализации нужного поведения в существующем социальном контексте и т.п. – сознание возможностей реализации нужного (затребованного сигналом) поведения и конкретных действий (рис. 24). (О «расширенном» означении и связи интрацептивного сигнала и поведения см. также раздел 4.6.3.)

Неспособный мгновенно осуществить прием наркотика непосредственно после начала телесного ощущения, сигнализирующего о «необходимости» это сделать, наркоман отсрочивает прием наркотика и, следовательно, вынужден означать интрацептивный сигнал. При этом чем больше требуется времени до реализации нужного поведения – приема ПАВ, – тем больше «расширяется» это означение (рис. 25). Можно также предположить, что интрацептивная депривация ведет к

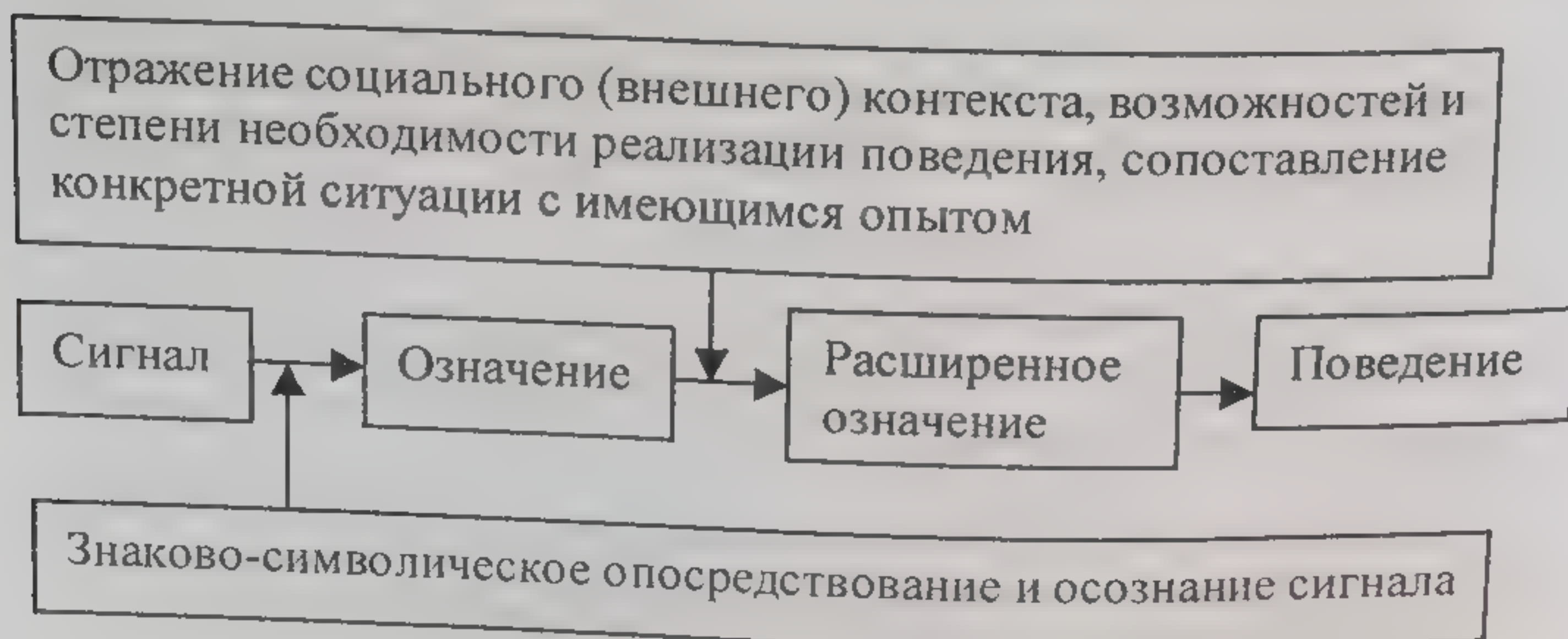


Рис. 24. Механизм «сигнал–поведение» с учетом отражения социального контекста



Можно предположить также возможное наличие определенных патологических механизмов знаково-символического опосредствования интрацептивного сигнала влечения к ПАВ. Например, подмену сигнала первичным означением (сдвиг сигнала на первичное означение) – значения, освоенные субъектом как отражение, сознание интрацептивного сигнала влечения, сами по себе даже при отсутствии необходимых сигнальных ощущений как таковых начинают играть сигнальную роль и провоцировать субъекта на употребление ПАВ.

Этим можно объяснить известные случаи наличия влечения у опийных наркоманов, находящихся в ремиссии уже много лет, когда физиологические механизмы влечения, по-видимому, уже никак не должны себя проявлять. Это, собственно, и есть психологическая зависимость от ПАВ.

Интересно отметить, что потребление ПАВ сходно по своей структуре с инстинктивным поведением у животных. Спектр возможных поведенческих паттернов сужается по мере приближения к цели запускаемого инстинктом поведения. Чем ближе к цели, которой в данном случае является детерминированное интрацептивным сигналом употребление ПАВ, тем ограничней набор паттернов поведения. Это характерно и для наркоманов, и для алкоголиков, и для курильщиков. Поиск ПАВ может быть весьма разнообразен, само же потребление однообразно и обычно ритуализировано.

Следует сказать о связи интрацептивного сигнала с мотивационно-потребностной сферой больного с зависимостью от ПАВ. Структура мотивов (потребностей) наркомана трансформированна. Он имеет только один ведущий, главный мотив (одну ведущую потребность), а не много, как в норме. Это мотив деятельности наркопотребления, отражающий потребность в приеме ПАВ. И эта деятельность детерминирована интрацептивными сигналами влечения. При этом трансформируется и восприятие времени больным наркоманией. В самосознании этих больных отсутствуют прошлое, настоящее и будущее как единый временной континуум. Прошлое, настоящее и будущее для них изолированы, при этом реально существует лишь настоящее, «здесь и сейчас», а прошлое и, особенно, будущее «фантастичны», нереальны и с этим «здесь и сейчас» настоящим никак не связаны (Тхостов и др., 2001). В определенном смысле больной наркоманией — «антиневротик». Если невротик не может жить и чувствовать «здесь и сейчас», то наркоман, наоборот, только «здесь и сейчас» и может. Он «утрачивает прошлое и будущее время — оно теряет для него свое значение и живет не то что одним днем, а одним моментом — моментом активных проявлений эйфории. Только это и сохраняет для него свою значимость, от всего прочего он стремится как можно быстрее уйти, чтобы вернуться в это состояние» (Колесов, 2000, стр. 363). Для больного наркоманией существует единственное реальное собы-

тие будущего — ближайший прием наркотика. Остальное же будущее ему безразлично и мало его интересует, практически не имея никакой эмоциональной окраски. Следовательно, функция прогнозирования и планирования у него патологически трансформирована, становится более краткосрочной и ограниченной. Интрацептивный сигнал «направляет» потребителя ПАВ на самое приоритетное для него действие — прием ПАВ (подобно тому, как человек с острой болью, «направляемый» болевым сигналом, подчиняет свои действия задаче облегчения боли). Потребление ПАВ становится основной деятельностью наркомана. Таким образом, патологический интрацептивный сигнал влечения трансформирует в результате всю жизнь больного.

Существование интрацептивного сигнала в структуре влечения к ПАВ заставляет предполагать наличие интрацептивного анализатора (анализатора внутренних ощущений) и опровергает представления об интрацепции как о примитивной первичной психической функции.

Существуют ситуации сильного, надпорогового интрацептивного сигнала. Тогда он сразу осознается. Это — острая боль, «туалетные» позывы, сильный голод или жажда и т.п. Тут мы можем говорить как бы о «прямом», явном осознании сигнала. Но можно предположить и ситуации «несильного» сигнала — когда сигнал не попадает в фокус сознания — в этом случае осознание сигнала может быть «косвенным», скрытым, диффузным или даже ошибочным. Для того, чтобы такой сигнал попал в фокус сознания, нужны некие дополнительные условия, возможно, необходим определенный внешний (или другой внутренний) сигнал, как бы «катализатор» (рис. 26). Это хорошо демонстрируется сигналами сексуального поведения. Субъект часто не осознается сигналами сексуального поведения. Субъект часто не осознает телесные сигналы, подталкивающие его к сексуальным действиям, до момента, когда он встречает внешний сексуальный стимул (конечно, в данном случае можно предполагать и обусловленное физиологическими реакциями усиление внутреннего сигнала после встречи с внешним стимулом, но нельзя отрицать (это можно экспериментально показать, попросив субъекта специально отрефлексировать свои ощущения), что внутренний сигнал существовал до внешнего стимула). Внешний сигнал-катализатор может усиливать, дополнять внутренний сигнал, или как-то усиливая сам этот внутренний сигнал, или провоцируя и/или усиливая расширенное означение (возможно, за счет

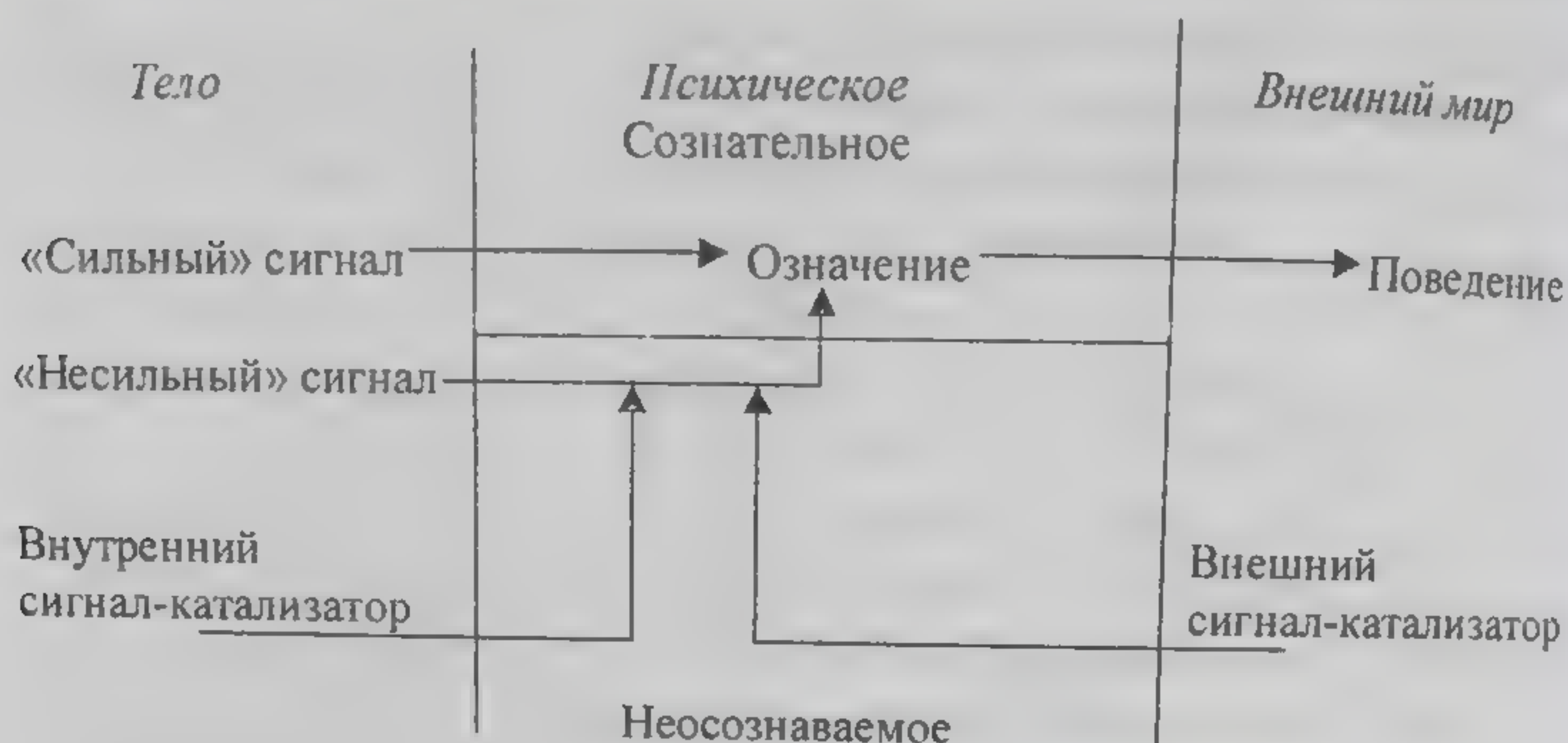


Рис. 26. Действие сигнала-катализатора

ассоциативных механизмов), так чтобы внутренний сигнал попал при этом в фокус сознания (если усиливаемый внутренний сигнал все-таки попадает в сознание, но находится на его периферии). Вероятно, тут существуют сложные схемы взаимодействия внешних и внутренних стимулов, механизмы «обратных связей». В отношении сигналов влечения к ПАВ, здесь имеет, видимо, большое значение формирование патологического опыта потребления ПАВ. Внешние сигналы играют роль социальных факторов наркотизации.

Приобретая опыт положительного переживания, состояния эйфории, «кайфа» и т.п., наркоман формирует патологические ассоциации этих состояний с элементами внешнего мира. Впоследствии такие элементы внешнего мира служат катализаторами патологического интрацептивного сигнала влечения к ПАВ. Аналогично формируются и ассоциативные связи внутренних сигналов «вне кайфа», абстиненции и других «отрицательных» для наркомана состояний. Впоследствии за счет этих связей определенные внешние стимулы могут обострять переживание абстиненции или «некайфа» и «катализировать» отрицательные интрацептивные сигналы потребления ПАВ, также провоцируя наркопотребление или рецидивы у больных, находящихся в ремиссии.

Говоря о знаково-символическом опосредствовании деятельности, мы можем, по-видимому, выделить внешнее и внутреннее семантические ядра деятельности. Внутреннее связано со знаково-символическим опосредствованием внутренней, телесной деятельности, взаимодействия с внутренним миром, внешнее – внешней деятельности, социального поведения, взаимодействия с внешним миром. При этом словари, тезаурусы этих семантических ядер будут различаться. Причем граница между этими ядрами иногда может быть очень тонкой. Например, семантика курения табака (внешней деятельности) – слова для ее означения, и семантика внутренних телесных ощущений, внутренних процессов при курении табака (внутренней деятельности) в обыденном сознании будут достаточно близки, но в контексте психологического исследования это будут очень дистанцированные вещи.

Часто интрацептивный сигнал не так просто отрефлексировать. По нашей просьбе 20 курильщиков (мужчин в возрасте от 29 до 62 лет) пытались определить свои внутренние ощущения перед осуществлением акта курения в ситуациях без внешнего социального давления. Отметим, что все они были согласны с тем, что выкуривание сигареты является набором осознаваемых действий. Большинство из респондентов не смогло отрефлексировать никаких ощущений (лишь 3 человека зафиксировало своеобразные «слегка покалывающие» ощущения в горле и груди). Однако все испытуемые отметили четкую мысль о том, что «нужно покурить». Таким образом, интрацептивный сигнал курения был репрезентирован сознанию знаково-символически, собственно же ощущения не рефлексировались – для физиологических механизмов потребления табака, детерминирующих курение, этап рефлексии ощущений является лишним для патологического влечения. Механизм потребления, когда в ответ на физиологическую потребность никотина субъект сразу «осознает», что «нужно покурить», более выгоден для болезни – нет никаких лишних этапов между физиологическим запросом и актом поведения. Можно предположить, что на самых начальных этапах курения патологические сигнальные ощущения так или иначе осознавались, но потом процесс «автоматизировался». Можно также предположить, что интрацептивный сигнал желания курить специфичен и не сводится к другим ощущениям. Следовательно, его, по-видимому, трудно рефлексировать, анализировать и

вербализировать. Это создавало дополнительные трудности рефлексии испытуемых.

Можно также предположить, что интрацептивный сигнал, запускающий паттерн выкуривания сигареты, – диффузный, охватывающий все тело. Это сигнал-самочувствие, флуктуация самочувствия. Субъект воспринимает его как желание «Я» курить. Сигнал репрезентирован в сознании как мысль о том, что «нужно покурить». Он плохо рефлексится в опыте, поскольку испытуемый пытается «найти» конкретное локализованное ощущение.

Влияние интрацептивного сигнала на поведение, по-видимому, в чем-то сходно с так называемым «эффектом 25-го кадра» – когда скрытое рекламное воздействие детерминировало поведение – исходный сигнал может не осознаваться, быть подпороговым, вне фокуса сознания, в предсознании и т.п., но, тем не менее, отражаться на поведении.

Следует сказать о связях между интрацептивными и экстрацептивными сигналами. Экстрацептивный сигнал часто запускает интрацептивный, например, в ситуациях стресса, опасности и т.д. Можно предположить, что интрацептивные сигналы играют роль в механизмах эмоциональной оценки экстрацептивного стимула (рис. 27).

В некоторых психопатологических случаях интрацептивный сигнал, возникающий как реакция на экстрацептивный стимул, может запускать агрессивное или деструктивное поведение. Так, например, в одной из телепередач был показан маньяк, который сказал, что он

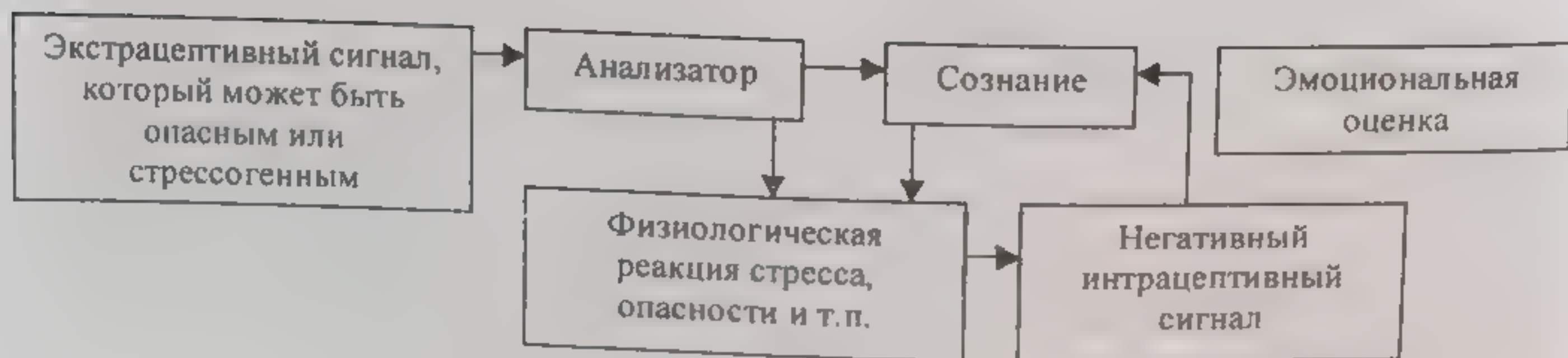


Рис. 27. Интрацептивный сигнал в механизме эмоциональной оценки экстрацептивного (внешнего) стимула

увидел человека и почувствовал, что его следует убить. После этого этот маньяк, по его словам, перестал себя контролировать. Согласно передаче, у него было диагностировано локальное поражение ЦНС.

Можно предположить, что существуют психические механизмы квалификации «значимости» интрацептивного сигнала для субъекта и необходимости представления этого сигнала в сознании. С учетом таких механизмов схема «попадания» интрацептивного сигнала в сознание субъекта может быть представлена следующим образом (рис. 28).

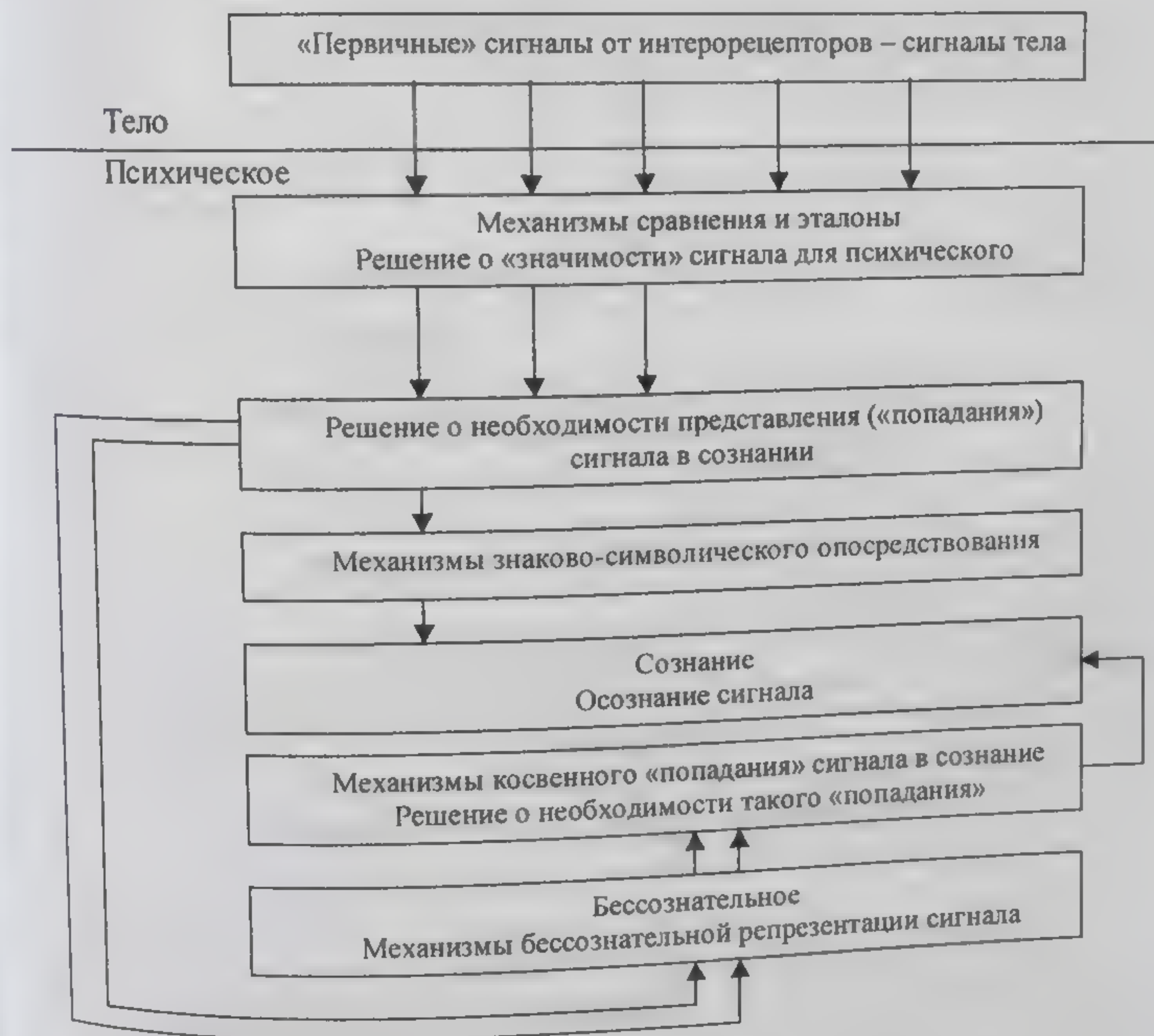
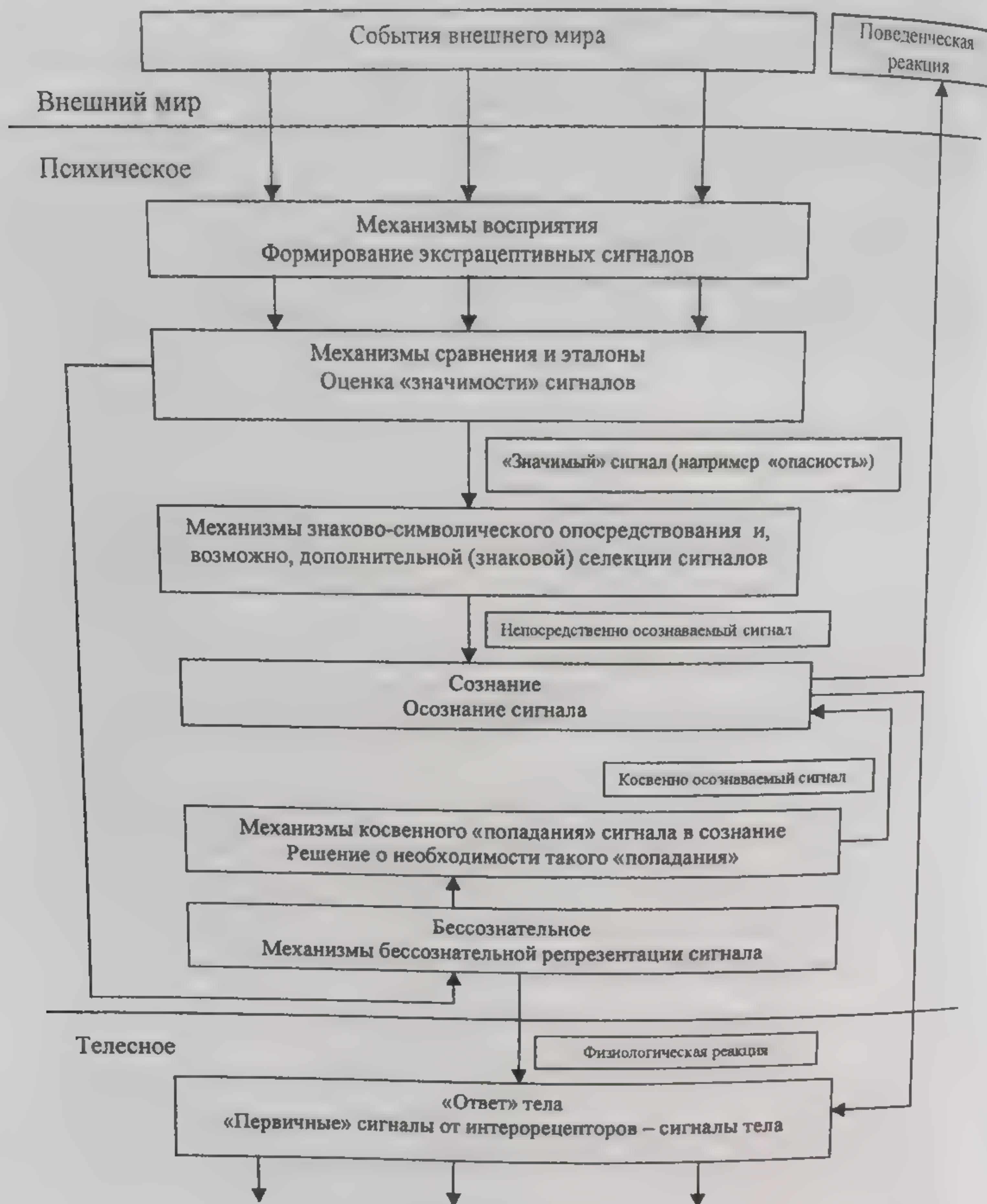


Рис. 28. Схема «попадания» интрацептивного сигнала в сознание субъекта



См. схему на рис. 28

Рис. 29. Формирование интрацептивных сигналов в ответ на внешние события (с учетом действия механизмов сравнения и оценки «значимости» экстрацептивных стимулов)

Аффективная окраска значений

Рис. 30. У.

В случае экстрацептивного сигнала, возбуждающего интрацептивные, вызывающего реакцию тела – сигнала внешней опасности и т.п., по-видимому, также присутствуют механизмы сравнения (рис. 29).

Очевидно, что представленная на схеме рисунка 29 «поведенческая реакция» может присутствовать и на схеме рисунка 28.

Схематически можно представить также осознание аффекта через интрацептивный сигнал. Эмоцию можно в таком контексте рассматривать как внутреннее ощущение, запускаемое ситуацией (средой) (рис. 30). Субъект эмоционально переживает ощущение, оно имеет эмоциональную окраску, аффективный знак («+» или «-»), но, с другой стороны, субъект «ощущает» эмоцию, не отделяя ее от связанных с ней внутренних ощущений.

Можно предположить, что чем сильнее внутреннее ощущение (или связанная с ним эмоция), тем сильнее оно детерминирует поведение

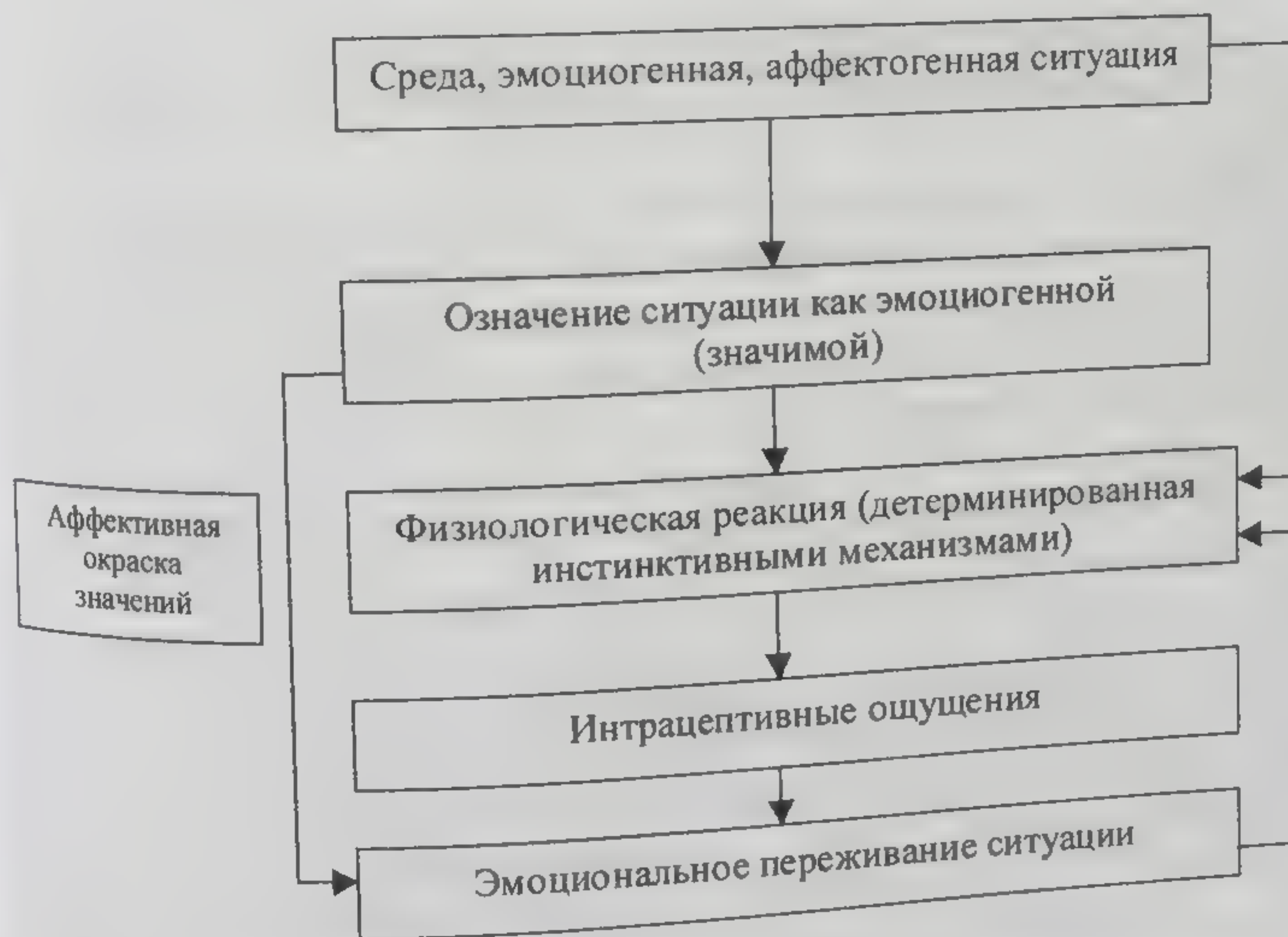


Рис. 30. Интрацептивные ощущения и эмоциональное переживание ситуации

(причем независимо от эмоциональной окраски ощущения – положительной или отрицательной). Сильное негативное переживание может, по-видимому, формировать своеобразные «следовые сигналы» – сигналы ожидания, сигналы телесной готовности к опасности, агрессии, нападению и т.п. (возможно, что-то подобное существует при ПТСР) – пережив сильную или сверхсильную, травмирующую отрицательную ситуацию, тело всегда напряжено, несвободно, как бы «ждет» повторения и готовится к нему.

Интрацептивные сигналы провоцируют желания, влечения. Вызывая интрацептивные сигналы, можно влиять на человека. Интрацептивные сигналы могут стимулироваться многими внешними факторами – телесный контакт (сексуальные сигналы), визуальные образы (пищевые и т.п. сигналы), определенные «триггерные» слова или темы разговора, по-видимому, могут запускать интрацептивные сигналы. Эти механизмы интуитивно широко используются в рекламе и при других воздействиях на аудиторию через телевидение, радио и т.д.

Интрацептивный сигнал имеет регуляторную функцию в структуре психического, а не просто сообщает сознанию об организменных процессах.

Патологическое влечение к ПАВ, часто плохо осознаваемое или бессознательное, детерминированное патофизиологическими механизмами или патологической трансформацией индивидуальных систем значений, требующее осознанных социальных действий субъекта, связанных с необходимостью доставать и употреблять ПАВ, репрезентирует себя сознанию больного с зависимостью от этого ПАВ преимущественно через интрацепцию и эмоции (больные наркоманией часто испытывали просто неопишемую радость, увидев шприц и т.п.). Таким образом, влечение через интрацепцию и сознание детерминирует поведение больного – больной сознательно совершает поступки – ищет, покупает, употребляет ПАВ и т.п. Т.е. интрацепция, внутреннее восприятие, играет важнейшую роль в механизмах зависимости от ПАВ и поэтому нуждается в дальнейшем изучении, результаты которого могут принести существенную пользу для психотерапевтических и психореабилитационных антинаркоманических программ. В частности, хорошим психотерапевтическим приемом может быть кон-

троль и осознание проявлений влечения к наркотику, телесных сигналов этого влечения в сочетании с различными способами десенситизации обнаруженных проявлений.

Эмоциональная нагрузка интрацептивных значений, в частности связанных с влечением к ПАВ, также представляет интерес в качестве психотерапевтической мишени. Аффективная окраска значения говорит о его значимости, особой роли в индивидуальной системе значений. Фактор эмоциональной значимости/незначимости, эмоциональной нагруженности интрацептивного значения позволяет отделить «нужные» значения для соответствующих психотерапевтических манипуляций — например для дезаффектизации, десенситизации значений влечения к ПАВ.

Контроль патологического влечения к ПАВ через рефлексию желаний, мыслей, мотивации действий и, в частности, через отслеживание всплывающих в сознании больного интрацептивных значений сигналов влечения представляется весьма перспективным в плане психотерапии.

Интересным примером проявления влечения может быть следующий пример. Больной опийной наркоманией, находящийся в ремиссии, «случайно» зашел в аптеку и купил там шприц. На вопрос психолога, зачем он это сделал, больной ответил, что «не смог удержаться», ведь шприц «такой красивый», что он долго стоял и смотрел на этот шприц, не мог оторваться и в конце концов купил его. При этом какие-либо сознательные действия по подготовке рецидива больной отрицал.

Интересно также поднять вопрос о возможности фантомных абстинентных ощущений — все ли абстинентные ощущения имеют физиологическую основу? Возможно, часть их — порождение патологических механизмов влечения к ПАВ? Или, может быть, эти механизмы аггравируют болезненные абстинентные ощущения? Может быть, как раз через такие фантомные или аггравированные сигналы патологическое влечение, болезненная потребность и физиологический дисбаланс, вызванный потреблением ПАВ, пробиваются в сознание, поработают индивида и заставляют его действовать им в угоду?

Внутренний опыт, интрацептивные «следы», память об интрацептивных ощущениях также определенно может выступать в роли инт-

рацептивного сигнала. В контексте зависимости от ПАВ это особенно относится к «положительным», «приятным» сигналам — память о «приходе», эйфории, «всплывающая» в сознании, играет роль стимула употребления ПАВ — повторения гедонистического опыта. «Отрицательные» же следы — память о «ломке», об абстиненции — также имеют сигнальное, стимульное значение, «заставляя» больного принимать ПАВ, чтобы избежать повторения негативного интрацептивного опыта. Как уже говорилось, мы часто, по-видимому, особенно в случаях «положительного» интрацептивного сигнала, должны говорить не о непосредственном, а об отсроченном действии этого сигнала — через трансформацию внутреннего опыта, вчленением в этот опыт, запоминанием сверхприятных доминант, впоследствии «всплывающих» в сознании, сигнализируя о «телесном желании» повторить положительные ощущения, а также, наверное, через механизмы трансформации интрацептивных эталонов (см. подробнее выше) — когда положительный или сверхположительный опыт тем или иным образом меняет субъективное восприятие того, что до этого опыта было ощущениями «обычного» комфорта, делает их негативно окрашенными — в последнем случае отсроченный положительный сигнал становится негативным сигналом «здесь и теперь». В случаях зависимостей от ПАВ этот механизм, по нашему мнению, является широко распространенным. В отношении положительного интрацептивного сигнала при зависимостях от ПАВ нужно сказать, что, несмотря на «отсроченность», сигнальная, стимульная функция ощущений эйфории, «кайфа», «прихода» очевидна — интрацептивный паттерн эйфории запускает реакцию поиска повторного его переживания, соответствующее поведение и определяет установки субъекта. Конечно, часто положительный интрацептивный сигнал влечения к ПАВ действует и неотсроченно — когда в состоянии наркотического опьянения субъект, детерминируемый приятными ощущениями, стремится продлить или «удержать» ощущения опьянения и совершает повторное употребление ПАВ — «догоняется» и т.п. (т.е. реагирует практически непосредственно).

Таким образом, интрацептивные сигналы, по-видимому, играют значимую, а возможно, и ведущую роль в психологических механизмах влечения к ПАВ, детерминируя зависимое поведение. Возможно также существование внешних стимулов, действующих «совместно»

с интрацептивными сигналами влечения – как своеобразные их усилители или катализаторы. Фактор интрацептивной семантики в механизмах детерминирования поведения интрацептивными сигналами особенно важен, ведь направленное на потребление ПАВ поведение субъекта сознательно, сигналы влечения означены и представлены в индивидуальной системе значений, причем порожденные патологическими сигналами влечения знаково-символические трансформации, в свою очередь, сами становятся детерминантами зависимости и влечения – связанные с потреблением ПАВ значения становятся доминирующими в их индивидуальной системе, ассоциированные с этими значениями аффекты запускают физиологические реакции, порождающие очередные интрацептивные сигналы влечения. В этом замкнутом круге сила патологического влечения возрастает и еще больше «охватывает» субъекта, его психическую и телесную сферы. Интересно, что некоторые больные наркоманией отмечали специфические ощущения, связанные с употреблением наркотика, при произнесении слов наркоманического содержания. Так, больной героиновой наркоманией, употреблявший систематически инъекционно наркотик около двух лет и находившийся в полуторамесячной ремиссии, сообщил, что когда он произносит слово «колоться» или фразу с этим словом, то испытывает четкое ощущение укола в вену, по его словам, «слово ударяет».

Согласно М.А. Михайлову, появление соматических ощущений дискомфорта в момент окончания «таски» после опийной интоксикации сопровождается осознанием потребности в наркотике, происходящем «в виде импульса» – «надо еще» (Михайлов, 1992, стр. 26).

Интересным примером репрезентации интрацептивного сигнала влечения в сознании может быть следующий случай. Больной героиновой наркоманией с трехлетним стажем систематического инъекционного употребления наркотика, находящийся в двухнедельной ремиссии, на консультации у психолога в отделении амбулаторной помощи НИИ наркологии МЗ РФ на вопрос о желании употребить наркотик категорически отвечал отрицательно, однако когда психолог спросил, о чем он сейчас думает, больной сказал, что думать ни о чем не может, из-за того что у него в голове как молотком стучит: «Где взять?! Где взять?! Где взять?!»

Связь с влечением к ПАВ и сигнальная функция абстинентных болей и других болезненных ощущений в абстиненции, а также ощущений эйфории не вызывают сомнений. Но можно предположить, что спектр интрацептивных сигналов наркозависимости гораздо шире. Многие интрацептивные сигналы влечения к ПАВ, по-видимому, диффузны, в частности, таким сигналом может выступать диффузное ощущение «дискомфорта» при отсутствии ПАВ. Вероятно, при различных формах зависимостей от ПАВ в результате специальных исследований могут быть выделены специфические паттерны ощущений (видимо, не очень хорошо осознаваемые и рефлекслируемые), имеющие функцию интрацептивного сигнала зависимости от ПАВ (влечения к нему).

Можно предположить существование ряда способствующих «работе» интрацептивного сигнала патологических механизмов «обработки» интрацептивных паттернов.

Гипотезам о возможных вариантах таких механизмов посвящены несколько последующих разделов.

4.3. Смещение механизмов сравнения элементов внутреннего восприятия от гомеостатического принципа в сторону максимизации отдельных переменных

Г. Бейтсон в статье «Кибернетика “Я”: теория алкоголизма» постулирует, что регулирующая система или регуляторный механизм, способный «сравнивать, т.е. реагировать на различие», будет, «обрабатывая информацию», неизбежно самокорректироваться либо в направлении гомеостатического оптимума, либо в направлении максимизации некоторых переменных (Бейтсон, 2000, стр. 337). В контексте этого постулата можно предположить, что механизмы обработки интрацептивных сигналов (шире – элементов внутреннего восприятия вообще) до начала потребления «предпочитавшие» гомеостатическую ориентацию – направленность на поддержание комфортного

«обычного» самочувствия, в процессе развития зависимости, возможно, под влиянием фактора трансформации или разрушения эталонов «нормального» состояния переориентируются на регуляцию в сторону максимизации переменных – такой переменной может быть уровень положительного переживания, максимизация которого – сверхположительные ощущения – «кайф», «приход» и т.д., а может быть и уровень отрицательных переживаний при абстиненции. При этом регуляция в направлении максимизации переменной положительного переживания будет выражаться в наркотизации – это еще один связанный с внутренним восприятием возможный механизм зависимости от ПАВ. Причем этот механизм может действовать как на дознаковом, так и на семантическом уровнях. В последнем случае он будет «производить» смещение значения интрацептивных ощущений при абстиненции (этот случай представляется более важным, чем возможное смещение значения положительных ощущений в сторону «эйфории») в сторону максимизации «отрицательности» интрацептивных значений – соответственно, ощущение, которое означалось «в норме» как просто боль, начинает означаться как непереносимая, ужасная боль (кстати, самоотчеты больных наркоманией об абстинентных болях переполнены такими эпитетами) – сравнение требующего значения интрацептивного паттерна с тем, что во внутреннем опыте раньше «хранилось» как эталон значения боль (просто боль) и раньше означалось как «просто» боль, теперь означается как «ужасная боль» и т.п.

В контексте механизмов сравнения с эталонами здесь можно отметить «пересечение» с трансформацией внутренних эталонов, о которой речь шла выше, – представленная гипотеза о переходе от гомеостатического регулирования в сторону регулирования на основе максимизации отдельных переменных очень хорошо коррелирует с гипотезой о трансформации внутренних интрацептивных эталонов. Смещение сравнения элементов внутреннего восприятия от гомеостатического принципа в сторону максимизации отдельных переменных при зависимости от ПАВ может происходить вследствие того, что трансформация или разрушение интрацептивных эталонов, в первую очередь эталона «обычного» самочувствия, делает гомеостатическое регулирование невозможным – ведь чтобы сохранять постоянство системы (среды), нужны эталоны механизмов сравнения.

4.4. Досознательное связывание исходно нейтрального по отношению к зависимости от ПАВ интрацептивного сигнала с ассоциированным с такой зависимостью знаком (семиотическая подмена)

В этом разделе речь пойдет о семиотике интрацептивных ощущений. Поясним некоторые термины: семиотика (от греческого *semeion* – «знак») – наука, исследующая свойства знаков и знаковых систем (Советский энциклопедический словарь, 1987); семиология (иногда семеиология; так же как и семиотика, от греческого *semeion* – «знак») – «наука о знаках, выражающих идеи, о их применении в лингвистике и о других формах обмена информацией посредством знакового языка» (Иркутский экспресс, 2002). В принципе термины «семиотика» и «семиология» означают одно и то же и в данной работе будут употребляться параллельно, однако термин «семиотика» имеет более широкое, более «общее» распространение и более «признан», а «семиология» ассоциируется в первую очередь с работами Р. Барта и Ф. Де Соссюра; семиотические механизмы – опосредствованные знаками, знаковые; знаковость – опосредствованность знаками, представленность знаками, в знаковой форме.

Согласно Ф. Де Соссюру, «язык есть система знаков, выражающих идеи, а следовательно, его можно сравнивать с письмом, с азбукой для глухонемых, с символическими обрядами, с формами учтивости, с военными сигналами и т.д. Он только наиважнейшая из этих систем. Можно таким образом мыслить себе науку, изучающую жизнь знаков внутри жизни общества; такая наука явилась бы частью социальной психологии, а следовательно и общей психологии; мы назвали бы ее “семиология” (от греч. *semeion* – знак). Она должна открыть нам, в чем заключаются знаки, какими законами они управляются. Поскольку она еще не существует, нельзя сказать, чем она будет, но она имеет право на существование; место ее определено заранее. Лингвистика – только часть этой общей науки; законы, которые откроет семиология, будут применимы и к лингвистике, и эта последняя, та-

ким образом, окажется отнесенной к вполне определенной области в совокупности явлений человеческой жизни» (Соссюр, 1933, стр. 327).

Согласно Ч.У. Моррису, цель семиотики состоит в «создании общей теории знаков во всех их формах и проявлениях: у человека, у животных, в норме, в патологии, в языке и вне его, в индивиде и в обществе» (Моррис, 1983, с. 118). Выделяют различные уровни организации и функционирования знаковых систем – синтактику, семантику, прагматику (Степанов, 1983). Синтактика изучает взаимосвязь знаков, образующих систему, выявляя постоянные, инвариантные, элементы (предикаты) и переменные элементы (термы). Семантика имеет дело с отношениями знаков к предметам и явлениям внешнего мира, с его означиванием и категоризацией. Прагматика рассматривает сферу отношений между знаками и теми, кто знаками пользуется (говорящий и слушающий субъект, его различные «Я», отношение между говорящим и слушающим, отправителем и адресатом словесного воздействия, убеждения и т.п.) (там же). Таким образом, содержание данного раздела несколько выходит за заявленную исходно семантическую «плоскость» исследования и соотносится с проблемами знаковости телесного восприятия более широко.

Нужно поднять вопрос о начале знаковости, семиотичности (семиологичности). Где в психическом появляется знак, означающее? Сигнал с рецептора дознаков, его репрезентация в сознании – знакова, означена, но начинается ли эта знаковость в сознании? Где начинается знаковость, где ее границы? Другой вопрос здесь – равносильно ли начало знаковости, семиотичности началу семантической – появлению значений, может ли означающее где-то в психическом существовать отдельно от означаемого? Психосоматическая проблема вообщем связана с проблемой границ знаковости. Психика знакова, тело – исходно нет, но его сигналы и его репрезентация в сознании – знакова. Неясно, можем ли мы сказать, что ощущение становится знаковым тогда, когда оно осознается? Условно или конвенционально большинство психологов обычно признает, что знаковость начинается в сознании, однако существуют и концепции знакового бессознательного – так, например, Ж. Лакан считал, что бессознательное структурировано как язык (Lacan, 1968; Лакан, 1995) и, соответственно, обладает знаковостью. Кажется очевидным, что знак предполагает зна-

чение, иначе это уже и не знак совсем, и там, где начинается знаковость, начинается и семантичность, означаемость. Это, по-видимому, аксиоматично для сознания – представление одного предмета (явления, процесса) другим, замещение, предполагает содержание этого представления, что, собственно, и есть значение. Но если предположить знаковость бессознательной сферы, то там все не так уж и очевидно. Мы вполне можем столкнуться с замещением без содержания или даже с целой цепочкой таких замещений – ведь значение и обязательность содержания, смысла известно как обязательное только для сознания, которому такое содержание необходимо, – а иначе, зачем тогда вообще сознание? Для бессознательного же замещение, представление одного предмета (явления, процесса) другим может подчиняться своим, особым законам. Тогда при «попадании» в сознание, осознании результата таких замещений его значение и личностный смысл для субъекта могут быть совершенно не имеющими отношения к первоначальному предмету (процессу). Можно предположить, что одним из примеров подобных процессов являются сновидения. В состоянии сна внешнее восприятие «отключено» или «подавлено» и для интрацепции, по-видимому, открываются широкие перспективы. Интрацептивные сигналы – исходные «послания» тела – устремляются в психическое, однако сознание спит и эти «послания» по законам бессознательного «бессмысленны», «без значения» – в плане сознательного понимания смысла и значения, но, вероятно, значимо и со смыслом для бессознательного – представляются знаками бессознательного. В сознание это «проникает» как сновидения, часто кажущиеся бессмысленными и бессодержательными.

Согласно Ф. Де Соссюру, «знак есть имеющее структуру целое, состоящее из означаемого и означающего, связь между которыми фиксируется обществом и не зависит от «вещества» и формы знака и предмета» (Краткий психологический словарь, 1985, стр. 103). Для Соссюра «означающее зависит от его места в совокупности означающих, а К. Леви-Стросс выдвинул положение, что означающее главенствует над означаемым» (Бержере, 2001, стр. 117). В таком аспекте знака интрацептивный сигнал как первичное означаемое (как материал для означения) репрезентируется сознанию, детерминируясь структурой и иерархией означающих субъекта. Это значит, что в случае домини-

рования в такой структуре патологических (например наркоманических) означающих физиологически не имеющих никакого отношения к наркотизации интрацептивный паттерн может быть означен как наркоманический – стимулирующий патологические поведенческие модели потребления наркотика. Можно выдвинуть гипотезу, что при такой «наркоманически искаженной» интерпретации сознанием исходного сигнала на досознательном уровне обработки этот исходный телесный сигнал будет представляться наркоманическими знаками (точнее, пригодными для того, чтобы впоследствии, при «попадании» в сознание быть означенными как наркоманические).

В структурной лингвистике существует парадигматическое знаковое отношение, которое связывает знак на уровне означаемого с потенциальным запасом других знаков, родственных по смыслу; и синтагматическое – связывающее знак на уровне означающего, определяющее его сосуществование со смежными знаками того же сообщения (Бержере, 2001). «Именно в этой двойной перспективе знака, с одной стороны, воспринимаемого как элемент достоверной дифференциации семиотического, парадигматического значения, и, с другой стороны, как того же самого знака, синтагмированного из более обширной совокупности, в которой он появляется как часть целого, большего, чем совокупность присущих ему частей, и заключается так называемое семантическое измерение, вторая сторона этого означающего элемента» (там же, стр. 166). Используя описанную выше терминологию, мы можем назвать представление в сознании, означение физиологически ненаркоманического сигнала как наркоманического процессом парадигматического замещения – ненаркоманический интрацептивный сигнал «по пути в сознание» представляется не «нормативными», «истинными» знаками, а доминирующими в структурированной и организованной «как язык» досознательной области психического знаками (своеобразными α -знаками), ищущими и требующими гедонистического, наркоманического означения. Эти знаки, возможно, родственны по смыслу при означении или сходны по форме (с «точки зрения» соответствующих досознательных механизмов) с замещаемыми «истинными» знаками. Происходит своеобразный «захват» знаками-«хищниками» нейтрального интрацептивного сигнала и репрезентация его сознанию как наркоманического. Таким об-

разом, патологические психологические механизмы влечения к наркотику могут «захватить» значительное количество означений и практически «поработить» сознание, сделав актуальную (активную) часть индивидуальной системы значений наркоманической.

Если предположить, что психическая сфера больных наркоманией обладает общим свойством более высокой по сравнению со здоровыми индивидами (подробнее см. ниже) неопределенности, что подтверждается обнаруженной нами крайне высокой когнитивной недифференцированностью больных опийной наркоманией (см. выше; а также: Елшанский, 1999), то дефицитарный когнитивный стиль может распространяться и на досознательные сферы психической обработки интрацептивного сигнала. В этом случае можно ожидать, что свойство неопределенности будет создавать трудности парадигматической дифференциации, и наркоманическим α -знакам у такого субъекта гораздо легче замещать ненаркоманические. К тому же, такой субъект будет испытывать трудности дифференцирования исходных ощущений и их «истинного» означения. Следовательно, ненаркоманические телесные сигналы будут означать для субъекта позыв наркоманического влечения, детерминируя таким образом патологическую зависимость.

Представленная гипотеза о семиотической подмене может быть еще одним семиотически-семантическим механизмом влечения к ПАВ. Нейтральные знаки (слова) для означения телесных ощущений, не связанных прямо с наркотиками или их употреблением, такие, как, например, «самочувствие», «боль» и т.п., досознательно заменяются наркоманическими α -знаками «кумар», «ломка» и т.д. и в таком виде попадают в сознание, таким образом, возможно, не связанные никак с наркотиками ощущения приобретают для субъекта наркоманические означения, и в результате практически любые ощущения становятся субъективно наркоманическими.

Не исключено, что здесь играет определенную роль звуковая специфичность слов сленга наркоманов — высказывалось мнение, что существуют определенные зависимости между звучанием слова, языковой, фонематической, звуковой его оболочкой и его значением, описанные как феномен звукового символизма (Журавлев, 1981). Данная гипотеза подтверждалась экспериментами с искусственными сло-

вами — «квазисловами» (Гульдман и др., 1990). При этом исследователи утверждали, что «включение таких квазислов в текст влияет на подсознательное восприятие его содержания определенным, заранее известным исследователю способом» (там же, стр. 45), причем влияет настолько выражено, что может эффективно использоваться как способ пропаганды (Мещерякова, Докучаева, 1986).

4.5. Вторичное означение интрацептивных паттернов при зависимости от ПАВ (миф зависимости)

Л. Ельмслев (1960) определил коннотативную семиотику как такую семиотику, план выражения которой сам является семиотикой. Слова, образующие текст, написанный на каком-либо языке, включают в себя план выражения (означающие) и план содержания (означаемые), соединение которых приводит к появлению знака. Совокупность знаков данной системы и образует тот или иной тип семиотики; предметные значения таких знаков называются денотативными, или первичными. Однако знаки денотативной системы, в свою очередь, способны служить простой материальной опорой для вторичных означаемых, которые тем самым ведут своего рода паразитарное существование. Например, в сознании иностранца, изучающего русский язык, наряду с процессом запоминания предметных значений русских слов все время означает дополнительное представление: «это слова русского языка», «это русское» и т.п. (Косиков, 1989). Вторичные, коннотативные смыслы — «мифы» — имеют несколько существенных характеристик: они способны прикрепляться не только к знакам естественного языка, но и к различным материальным предметам, выполняющим практическую функцию и становящимся тем самым, по терминологии Барта, «знаками-функциями» (Барт, 1975); эти смыслы латентны, никогда прямо не называются, а только подразумеваются и потому могут либо актуализироваться, либо не актуализироваться в сознании воспринимающих (Косиков, 1989); легко «поселяясь» в лю-

бом знаке, коннотативные смыслы столь же легко могут «освобождать помещение» (там же): «эти смыслы диффузны: один материальный предмет или знак естественного языка может иметь несколько коннотативных означаемых, и наоборот, одному такому означаемому может соответствовать несколько денотативных знаков-носителей, так что слой коннотативных означаемых оказывается рассеян по всему дискурсу» (там же, стр. 17); они «агрессивны» — эти знаки не довольствуются мирным соседством со знаками денотативной системы, а стремятся подавить их или даже полностью вытеснить (там же).

«Описывая современные “мифы”, Барт с “технической” точки зрения определяет их как совокупность коннотативных означаемых, образующих латентный идеологический уровень дискурса; в функциональном же отношении назначение мифа оказывается двояким: с одной стороны, он направлен на деформацию реальности, имеет целью создать такой образ действительности, который совпадал бы с ценностными ожиданиями носителей мифологического сознания; с другой — миф чрезвычайно озабочен сокрытием собственной идеологичности, поскольку всякая идеология хочет, чтобы ее воспринимали не как одну из возможных точек зрения на мир, а как единственно допустимое (ибо единственно верное) его изображение, то есть как нечто “естественное”, “само собой разумеющееся”; миф стремится выглядеть не “продуктом культуры”, а “явлением природы”; он не скрывает свои коннотативные значения, он их “натурализует” и потому вовсе не случайно паразитирует на идеологически нейтральных знаках естественного языка: вместе с наживкой, которой служат эти знаки, он заставляет потребителя проглатывать и крючок идеологических смыслов» (там же, стр. 18). «Не бывает “чисто” денотативных языков, как не бывает языков “только” коннотативных; любой язык представляет собой комбинацию высказанного и подразумеваемого, денотативного и коннотативного уровней, причем подразумеваемое может при определенных условиях эксплицироваться, а эксплицитное уйти в коннотативный “подтекст”» (там же, стр. 23). Язык внутреннего восприятия больного с зависимостью от ПАВ, как будет показано ниже, здесь не является исключением. И коннотативные «ловушки» этого языка можно рассматривать как один из механизмов «работы» этой зависимости.

«В соответствии с традицией, идущей от Ф. Де Соссюра, знак не сводим к языковой системе...» (Тхостов, 2002, стр. 102). «Р. Барт специально подчеркивает, что хотя обычно говорят, что означающее выражает означаемое, в действительной системе дело обстоит несколько сложнее — в каждой семиотической системе имеется не два, а три различных элемента. Эти три элемента, соответственно, есть означающее, означаемое и собственно знак, представляющий собой результат связи первых двух элементов. Означаемое становится знаком означаемого, вступая в семиотическое отношение с последним. Некоторая запутанность проблемы заключается в том, что реально (субстанционально) существует лишь один элемент — означающее. Однако, участвуя в акте означивания и становясь знаком, оно приобретает новые содержательные функции» (там же, стр. 102-103). «Превращение в знак совершенно преобразует означаемое, однако это преобразование осуществляется в семиотической сфере, с физико-химической точки зрения с означаемым ничего не происходит» (там же, стр. 103). Формальная схема образования знака имеет универсальный характер и может быть заполнена различным содержанием. Она может описывать отношения между отдельным чувственным ощущением (или чувственной тканью) и телесным конструктом. «Например, определенным образом локализованное модально специфическое ощущение означает боль в сердце» (там же, стр. 103). Отношение означающего и означаемого «может особым образом трансформироваться, порождая вторичную семиологическую систему, названную Р. Бартом мифологической» (там же, стр. 103). «Миф представляет собой особую систему, и особенность эта заключается в том, что он создается на основе некоторой последовательности знаков, которая существует до него; *миф является вторичной семиологической системой*» (Барт, 1989, стр. 78). Знак первой системы при этом становится означающим во второй. Миф как бы надстраивает над исходной семиотической системой еще одну. Происходит «смещение формальной системы первичных значений на одну отметку шкалы» (там же). Таким образом, миф соединяет в себе две семиотические системы, одна из которых частично встроена в другую. При этом «термин “миф” не несет в семиологическом подходе никакой оценки, характеризуя лишь способ связи конструктов разного уровня» (Тхостов, 2002, стр. 105).

«Мифологическая структура особенно характерна для обыденного сознания, а в эмоционально значимых сферах человеку свойственно мыслить в большей степени мифологично, нежели рационально» (там же, стр. 105-106).

А.Ш. Тхостов переформулировал модель Р. Барта, связав ее с телесностью (рис. 31). «Знак (означенное телесное ощущение), являющийся ассоциацией чувственной ткани и телесного конструкта, становится означающим в мифологической схеме болезни и, разворачиваясь *вовне*, превращается в симптом» (Тхостов, 2002, стр. 104). При этом симптом понимается как «субъективное явление» – ощущение, означающее болезнь и ставшее ее знаком (там же).

При этом интересно, что «вторичное означение не безразлично для первичных ощущений, на которых оно строится и паразитирует. Став симптомом, телесное ощущение только внешне не меняется, оно строится по другим законам и содержит в себе то, что недоступно ему натурально. Будучи означающим в мифе, оно двулико: с одной стороны – это телесное ощущение, заполненное конкретными переживаниями, и с другой – это полая форма – ощущение, лишенное своей собственной истории, которая означает концепт болезни» (там же, стр. 106). В первом качестве «его можно почувствовать, ощутить, оно имеет чувственную реальность, обладает собственной ценностью и содержанием, которые, в принципе, самодостаточны. Оно уже содержит готовое значение, предполагает некоторую “собственную историю”, соотнесение с опытом, категориальное решение и пр.» (там же, стр. 106-107). Во втором же качестве, в качестве означающего в мифологической системе, телесное ощущение «превращается в полую пара-

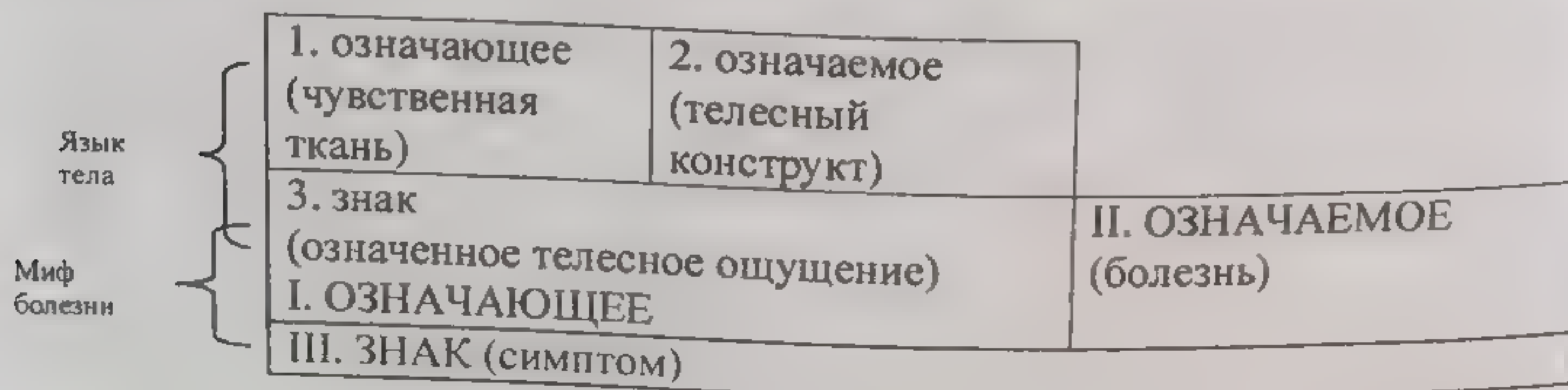


Рис. 31. Семиологическая схема формирования симптома (Тхостов, 2002, стр. 105)

зитарную форму» (там же, стр. 107). Став симптомом, оно обедняется. Миф болезни «деформирует природную сторону телесного ощущения», урезая и отчуждая ее (там же). «Включаясь во вторичную семиотическую систему мифа, ощущения могут как изменять свое качество, так и порождаться сверху самим мифом, нуждающимся в чувственном подкреплении и ориентирующим на поиск подходящих сенсаций» (там же, стр. 108). Чувственная ткань получает вторичное означение через «создание "концепции болезни": ощущения становятся симптомами, означающими болезнь и означенными ею» (там же, стр. 266).

По аналогии с описанной схемой «мифа болезни» можно предложить модель «мифа зависимости от ПАВ» (рис. 32). (Подчеркнем еще раз, что «миф» в данном контексте рассматривается как ассоциативно-когнитивный паттерн, организованная знаковая система, а не как «древнее народное сказание» или «что-либо фантастическое, неправдоподобное, нереальное» (Словарь русского языка, 1986, стр. 278).)

Первично означенные как «кайф» (позитивные) или «ломка» (негативные) ощущения, связанные с приемом или отказом от приема ПАВ, в результате вторичного означения становятся симптомами патологической зависимости от ПАВ. Особенность схемы «мифа зависимости от ПАВ» заключается в том, что в структуру мифа включаются не только негативные ощущения (как в случае «мифа болезни»), но и «сверхположительные» ощущения, возникающие у больного с зависимостью после приема ПАВ. Правая часть схемы более относится к химической зависимости, к психической же можно отнести обе части. Когда зависимый от ПАВ человек употребляет ПАВ, действует левая часть схемы, когда отказывается от употребления — правая. Таким образом, он в любом случае оказывается во власти мифа. Таким образом, он в любом случае оказывается во власти мифа зависимости, что делает этот миф особенно опасным, «злокачественным». «Телесное ощущение всегда наготове, чтобы стать означающим для мифа; означающее же всегда здесь, чтобы "заслонить" конкретное телесное ощущение. Пытаясь уловить миф, мы находим только результат соединения означающего и означаемого — телесное ощущение, ставшее симптомом, а принимая его за природную данность, мы не замечаем перехода в область мифологического» (Тхостов, 2002, стр.

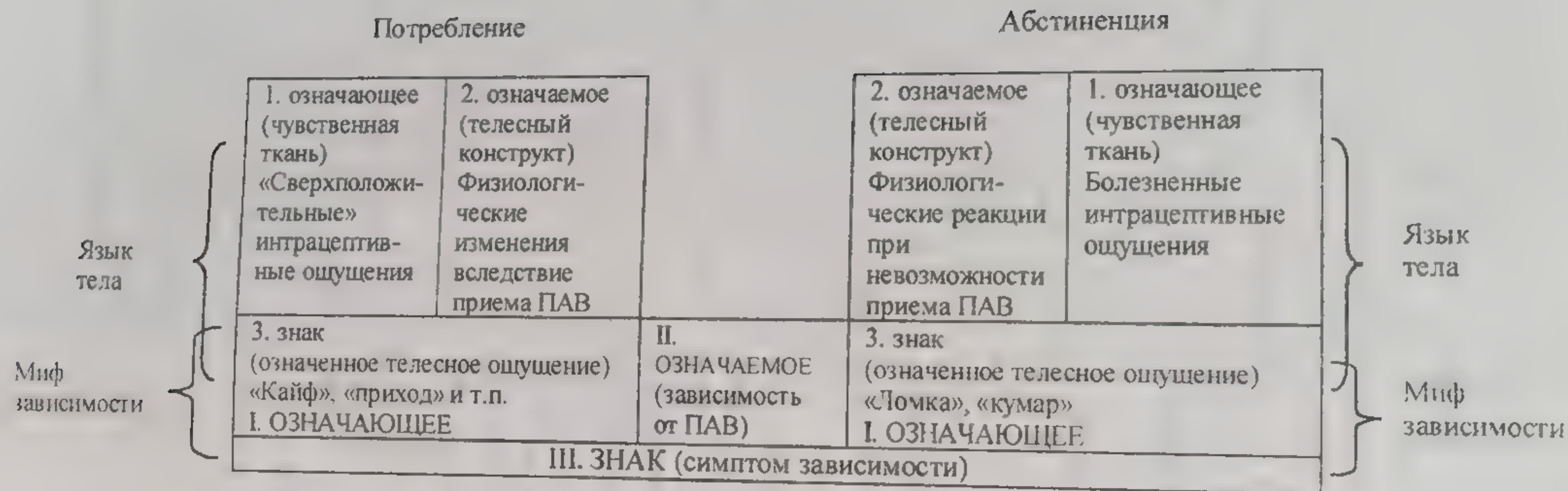


Рис. 32. Семиологическая схема формирования симптомов зависимости от ПАВ

107), «миф выступает в обличье реальности» (там же). Появляется виртуальность.

По-видимому, в некоторых случаях действие описанного механизма может создать у больного с зависимостью от ПАВ впечатление, что наркотики властвуют над ним безраздельно, а сам он при этом ничего не может поделать — наличие специфических внутренних ощущений в контексте вторичной семиологической системы *означает* сверхсилу и сверхвласть наркотика.

Идеи виртуальности основываются на признании полионтологичности, концептуальном существовании многих несводимых друг к другу, т.е. онтологически самостоятельных, реальностей. Специфическими свойствами виртуальности или, точнее, виртуальной реальности называют:

«Порожденность. Виртуальная реальность продуцируется активностью какой-либо другой реальности, внешней по отношению к ней. В этом смысле ее называют искусственной, сотворенной, порожденной. Психологические виртуальные реальности порождаются психикой человека.

Актуальность. Виртуальная реальность существует актуально, только «здесь и теперь». В виртуальной реальности свое время, пространство и законы существования. В виртуальной реальности для человека, в ней находящегося, нет внеположного прошлого и будущего.

Интерактивность. Виртуальная реальность может взаимодействовать со всеми другими реальностями, в том числе и с порождающей» (Носов, Яценко, 1997, стр. 86).

Виртуальное пространство субъективно воспринимается комфортным и удобным, безопасным по сравнению с угрожающей реальностью.

«У человека, находящегося в виртуальной реальности, создается впечатление, что он непосредственно участвует в событиях, что между ним и событиями нет никаких промежуточных звеньев» (там же). Примеры виртуальных реальностей — компьютерные игры, сновидения. Переход в виртуальную реальность — «фактически... есть обретение другой телесности» (там же, стр. 89), при этом «человек совсем иначе оценивает себя и свои возможности» (там же). Н.А. Носов и Ю.Т. Яценко считают, что «для алкогольной болезни характерны все признаки виртуальной реальности: порожденность, актуальность,

интерактивность», что «в процессе развития алкоголизма человек начинает жить как бы в двух параллельных мирах – в окружающем его мире без алкоголя и в мире виртуальной реальности, порожденной потреблением алкоголя*. И в иерархии ценностей пациента виртуальная реальность, порожденная употреблением алкоголя, становится более значимой, чем трезвая жизнь» (там же, стр. 93), в которой он «испытывает дискомфорт и психофизиологические неудобства» (там же, стр. 96). Как своеобразная виртуальность может рассматриваться и потребление наркотиков. Внешнему наблюдателю «уход» наркомана в виртуальность представляется как «наркогенное отчуждение» (Колесов, 2000, стр. 363) от реальности и от времени. При этом «особая реальность», в которой оказывается потребитель ПАВ, по-видимому, зиждется, помимо всего прочего, на мифах, детерминированных вторичным означением интрацептивных сигналов. Иллюзия существования в особой мифологической реальности, вероятно, является существенным фактором, препятствующим эффективному осуществлению лечебных или реабилитационных мероприятий. К тому же, можно предположить, что виртуальная наркоманическая телесность попавшего в эту реальность субъекта определяется как раз теми интрацептивными сигналами, которые, став знаками, симптомами зависимости через вторичное означение, одновременно через сопряженные с ними мифы зависимости структурируют и всю эту реальность вообще.

В модель «мифа зависимости от ПАВ» также хорошо вписывается гипотеза о трансформации восприятия обычного самочувствия под влиянием злоупотребления ПАВ из «нормального» в «не-кайф» (рис. 33). Ощущения обычного самочувствия становятся дискомфортным симптомом – знаком зависимости.

* С понятием виртуальности хорошо коррелирует введенное Б.С. Братусем понятие иллюзорно-компенсаторной деятельности (Братусь, 1988). «Иллюзорно-компенсаторная деятельность, отдаляя человека от задач реальности, от достижения в ней своего назначения и счастья, постепенно переносит центр внутренних устремлений в иной, ирреальный план, который все более обживает, обставляется все новыми атрибутами и становится наконец в смысловом отношении более важным, значимым и притягательным, нежели мир реальный» (там же, стр. 238). Такой деятельностью, по мнению Б.С. Братуся, является потребление алкоголя или наркотиков (там же).

Обычное самочувствие

1. означающее	2. означаемое
обычное самочувствие	обычное самочувствие

Абстиненция

1. означающее	2. означаемое
абстиненция	дискомфортное самочувствие

Потребление

1. означающее	2. означаемое
потребление	дискомфортное самочувствие

Потребление		Абстиненция		Обычное самочувствие	
1. означающее (чувственная ткань) «Сверхположительные» интрацептивные ощущения	2. означаемое (телесный конструкт) Физиологические изменения вследствие приема ПАВ		1. означающее (чувственная ткань) Болезненные интрацептивные ощущения	2. означаемое (телесный конструкт) Физиологические реакции при невозможности приема ПАВ	
3. знак (означенное телесное ощущение) «Кайф», «приход» и т.п. I. ОЗНАЧАЮЩЕЕ	II. ОЗНАЧАЕМОЕ (зависимость от ПАВ)	3. знак (означенное телесное ощущение) «Ломка», «кумар» I. ОЗНАЧАЮЩЕЕ	II. ОЗНАЧАЕМОЕ (зависимость от ПАВ)	3. знак (означенное телесное ощущение) «Дискомфорт» I. ОЗНАЧАЮЩЕЕ	
III. ЗНАК (симптом зависимости)					

Рис. 33. Семиологическая схема формирования симптомов зависимости от ПАВ с учетом трансформации внутреннего эталона «обычного» самочувствия

Таблица 27

«Объективное» и «мифологическое» означение внутренних ощущений при потреблении ПАВ, абстиненции и «обычном» самочувствии

Состояние больного с зависимостью от ПАВ	Ощущение	«Объективное» означение	«Мифологическое» означение в контексте мифа зависимости
Потребление ПАВ (острая интоксикация)	Эйфория	Субъективно сверхположительные, сверхприятные ощущения вследствие действия нейрофизиологических механизмов наркотизации	«Кайф», «Приход» – особая сверхценная радость, даваемая наркотиком, знак (симптом) зависимости, знак (симптом) необходимости признания больным себя зависимым, наркоманом
Абстиненция	Боль (и другие болезненные ощущения)	Болезненные ощущения вследствие действия нейрофизиологических механизмов наркотизации при отмене наркотика	«Ломка», «Кумар» – «зов» наркотика, иногда наказание за неупотребление ПАВ, знак (симптом) зависимости, знак (симптом) необходимости признания больным себя зависимым, наркоманом
«Обычное» состояние (между острой интоксикацией и первыми признаками абстинентного синдрома)	Комплекс «обычного самочувствия»	«Обычные» ощущения, в норме находящиеся на «дальней периферии» сознания, вследствие деформации, «сдвига» интрацептивных эталонов «нормального» самочувствия, субъективно оцениваемые как «дискомфорт»	«Кумар» – нагруженный значениями наркотизации дискомфорт, означающий «зов» наркотика, знак (симптом) зависимости, знак (симптом) необходимости признания больным себя зависимым, наркоманом

4.6. Д
внутренне
семантико-инт
факт

В данном раздел
разделы гипотез и а
ные признаки дефин
патологические сем
мостей от ПАВ в об
зависимости от ПАВ
фактора внутренне
семантических мех
зависимостей и нар

4.6.1. О

Значимость де
внутреннего воспр
туре зависимости
фицитарности
Рена как недоста
ность. Очевидно
повышает вероят
ПАВ – ведь субь
адекватно осущес
саться» в систем
ность же «подси

В таблице 27 представлено сравнение «объективного» и «мифологического» означения внутренних ощущений при потреблении ПАВ (острой интоксикации), абстиненции и «обычном» самочувствии.

4.6. Дефицитарность семантики внутреннего восприятия и патологические семантико-интрацептивные механизмы — ведущие факторы зависимости от ПАВ

В данном разделе мы представим ряд не вошедших в предыдущие разделы гипотез и аналитических обобщений, обобщим обнаруженные признаки дефицитарности семантики внутреннего восприятия и патологические семантико-интрацептивные механизмы при зависимостях от ПАВ в общую интрацептивно-семантическую концепцию зависимости от ПАВ, а также проанализируем важность и значимость фактора внутреннего восприятия, его семантики, описанных психо-семантических механизмов зависимостей от ПАВ для понимания этих зависимостей и наркологических проблем вообще.

4.6.1. О недифференцированности сознания

Значимость дефицитарности индивидуальных систем значений внутреннего восприятия и ведущую роль этой дефицитарности в структуре зависимостей от ПАВ можно показать в контексте того, что дефицитарность индивидуальных систем значений может быть рассмотрена как недостаточность сознания вообще, его недифференцированность. Очевидно при этом, что фактор «несознания» значительно повышает вероятность возникновения или развития зависимости от ПАВ — ведь субъект с недифференцированным сознанием не может адекватно осуществлять нормальную деятельность, адекватно «вписаться» в системы общества, его норм и правил. Недифференцированность же «подсистемы» сознания — самосознания — лежит в основе

тех личностно-характерологических патологий, которые называют предикторами зависимости от ПАВ (см. раздел 1.2.9).

Обнаруженную в описанных в данной работе эмпирических исследованиях дефицитарность индивидуальных систем значений больных с зависимостью от ПАВ можно объяснить, предложив гипотезу о существовании фактора недифференцированности сознания. Причем эта недифференцированность сознания, по-видимому, играет важную роль во всех сферах жизнедеятельности. Диффузность же внутреннего восприятия и недифференцированность его означения и знаково-символического опосредствования – неспособность достаточной квалификации «нормального», «комфортного» или, наоборот, «ненормального» внутреннего состояния, провоцирующая потребность в «сильных» внутренних ощущениях для такой квалификации, – определено может быть фактором, инициирующим злоупотребление ПАВ. Ведь из-за дефицитарности интрацептивного восприятия человек как бы внутренне депривирован, «опустошен», «интрацептивно слеп», и он воспринимает любые «дифференцирующиеся» ощущения как своеобразное утоление внутреннего голода – к тому же «сильные» внутренние ощущения, возникающие при потреблении ПАВ, имеют яркую положительную окраску («кайф») – и это дифференцируется субъектом от характерного для недиффузного, неопределенного депривирующего фона ощущений. В процессе же уже злоупотребления ПАВ диффузность внутреннего восприятия аналогичным образом развивает зависимость от них – переживание дифференцированных ощущений превращается в потребность.

Вообще диффузность внутренних ощущений имеет интересные особенности. С одной стороны, чем диффузнее ощущение, чем труднее его локализовать и конкретизировать, и чем более оно относится ко всему телу, тем труднее его означение как ощущения для субъекта. Но, с другой стороны, ощущения «всего тела» в самосознании более воспринимаются как «процессы Я» (в противоположность «процессам у меня» – при конкретных ощущениях), а «процессы Я» – то, что воспринимается субъектом как он сам, – представляют для него, по-видимому, наибольшую значимость. При этом детерминированные такими ощущениями события имеют максимальный субъективный приоритет. Некоторые авторы выделяют диффузные ощущения в от-

дельную категорию «самочувствия» или «самочувствий», дифференцируя их от собственно «ощущений» (конкретных и связанных с «процессами у меня»). Так Г.Е. Рупчев дифференцирует «самочувствие» и «ощущение» как «два аспекта переживания тела», предполагая, что «самочувствие включает в себя переживание базовых витальных потребностей, таких, как голод, жажда и т.д., актуализация которых не зависит от сознания и произвольной регуляции субъекта, это состояние тяготеет к полюсу “Я есть тело”. Самочувствие, состояние Я (“Я хочу пить”) включает в себя телесное ощущение, но крайне диффузное и нелокализуемое (или локализуемое условно), т.е. охватывающее всего субъекта. Если же интрацептивное ощущение не затрагивает какую-нибудь область внутреннего тела – это уже не самочувствие, а телесное локализованное ощущение, т.е. то, что происходит не с Я, а с телом, что соответствует полюсу “У меня есть тело”. Особенно это очевидно, если интрацептивное ощущение исходит из области внутреннего тела, имеющей собственную активность...» (Рупчев, 2001, стр. 16).

Патологический опыт потребления ПАВ является фактором своеобразной патотрансформации связанных с телесностью приобретенный онтогенеза. «В онтогенезе ребенка... происходит развитие представлений о собственном теле, которое заключается в постепенном обозначении телесных феноменов, формировании категориальной структуры телесного опыта» (Мотовилин, 2001, стр. 25), происходит, с одной стороны, дифференциация этой категориальной структуры, с другой – «интеграция, повышение целостности» (там же, стр. 26) – формируется категория «целостного тела, не сводимого к сумме телесных феноменов или частей тела» (там же), представления о теле встраиваются в целостную картину мира (там же), телесный опыт с возрастом расширяется, «увеличивается объем субъективного словаря телесных ощущений» (там же, стр. 11). При потреблении ПАВ все эти формирования рушатся под ударами сверхсильных внутренних ощущений наркотизации – «кайфа», и субъект оказывается в ситуации необходимости заново, в изменившихся телесных условиях, перестраивать свои телесные представления – теперь тело для него – источник удовольствия, своеобразный «сад наслаждений», тело теряет субъективную целостность и репрезентируется в сознании потребителя ПАВ в ос-

новном значимыми для потребления наркотика органами и частями тела.

Если условно выделить в самосознании «конформное» («вектор адаптации к внешнему миру») и «инфантильное» («гедонистический вектор») ядра («конформный» и «инфантильный» центры или «конформное» и «инфантильное» «Я»), первое из которых «хочет» общаться с внешним миром, нуждается в нем, признает его, а второе – «не хочет», которому внешний мир «не нужен» (подробнее см. ниже), то внутренняя телесность у наркоманов (точнее, внутренняя телесность для их самосознания, как фактор их самосознания), по-видимому, будет преимущественно связана с «инфантильным» ядром, требующим комфорта и гедонизма, но при этом никак не заботящемся о теле, поскольку с «инфантильной» позиции это не нужно – телу ничего не угрожает, просто не может угрожать, следовательно, и защищать его никак не нужно – отсюда – самоповреждающее поведение, инъекционное употребление наркотиков и т.п. Разрушение «конформных», необходимых для совладания с внешним миром приобретений онтогенеза при потреблении ПАВ – следствие глобального доминирования в самосознании субъекта «инфантильного» ядра, захватывающего в процессе наркоманической гедонизации «территории», до начала наркотизации «принадлежавшие» «конформному» «Я».

При этом, как можно предположить, инфантильному гедонисту особая дифференцированность и структурированность индивидуальной системы значений внутреннего восприятия и внутреннего опыта, в общем-то, в принципе не нужна – ему достаточно распознавать и дифференцировать сверхприятные гедонистические ощущения от всех остальных. Поэтому сознание инфантильного гедониста можно квалифицировать как диффузное и недифференцированное.

4.6.2. Параметры индивидуальной системы значений, выступающие в качестве возможных факторов или коррелятов болезни

В данном разделе мы постараемся выделить параметры индивидуальной системы значений, которые выступают возможными факто-

рами болезни — зависимости от ПАВ, показать связь болезни зависимости и параметров индивидуальных семантических систем, в частности, обнаруженных нами в ходе эмпирических исследований больных с зависимостями от ПАВ «отклонений» от «нормы» в индивидуальных системах значений таких больных (см. выше). Рассмотрение недостатков индивидуальных семантических систем в плоскости болезни показывает еще один аспект значимости и важности семантико-интрацептивных факторов при зависимостях от ПАВ.

Выявив особенности индивидуальных систем значений внутреннего восприятия у больных с зависимостями от ПАВ, показывающие дефицитарность внутреннего восприятия таких больных на уровне его означения, — такие, как: диффузность внутреннего опыта и неструктурированность индивидуальных систем значений (так как диффузны и недифференцированы интрацептивные словари, отмечается иная типология связей между значениями и т.п.), ненормативность и патологическая метафоризация этих систем — можно выделить параметры индивидуальной системы значений, которые теоретически могут выступать как факторы болезни. Ведь представленные результаты эмпирических исследований в группах сравнения показали, что характеристики индивидуальных систем значений могут выступать как факторы болезни не только при наркологических, но и различных психических, психосоматических и соматических заболеваниях.

Параметрами индивидуальной системы значений, выступающими в качестве возможных факторов или коррелятов болезни, могут быть следующие:

- Количественные факторы (корреляты)
 - количество значений в их индивидуальной системе
 - количество категорий в структуре индивидуальной системы значений
 - количество связей между значениями в их индивидуальной системе
 - количество определенных (определенного типа) связей между значениями
 - количественные показатели «нормативности» индивидуальной системы значений — числа таких значений или таких связей между

значениями в их индивидуальной системе, которые могут быть определены как характерные для «большинства» исследуемой популяции

– Структурные факторы (корреляты)

- четкость/диффузность структуры индивидуальной системы значений

- искажение категориальной структуры индивидуальной системы значений – относительное преобладание (доминирование) или ограниченность в категориальной структуре тех или иных классов (не таких, как в «норме» – контрольной выборке)

– «Качественные» факторы (корреляты)

- адекватность/неадекватность индивидуальной системы значений задачам деятельности субъекта

- риск (наличия) заболевания – сходство индивидуальной системы значений по каким-либо параметрам с такой системой, характерной для определенного заболевания

- «нормативность» («конвенциональность»)/«ненормативность» («неконвенциональность») индивидуальной системы значений – степень сходства с «нормой»

Все эти факторы индивидуальных систем значений так или иначе проявляются при зависимости от ПАВ, что говорит о существенной трансформированности сферы значений при этой патологии.

Основываясь на предложенном «перечне», в отношении параметров индивидуальной системы значений внутреннего восприятия, выступающих в качестве возможных факторов болезни (зависимости от ПАВ), можно сказать следующее:

– Количественные факторы (корреляты)

- количество значений в индивидуальной системе значений внутреннего восприятия может быть показателем семантической дефицитарности этого восприятия и внутреннего опыта – с одной стороны, результатом патологического опыта потребления ПАВ, обусловленным патологической семантической адаптацией к появлению множества новых интрацептивных ощущений, с другой – показателем диффузности и недифференцированности внутреннего восприятия и опыта

– детерминанта развития зависимости от ПАВ

- количество категорий в структуре индивидуальной системы значений внутреннего восприятия также может быть показателем семан-

тической дефицитарности этого восприятия и внутреннего опыта: с одной стороны, результатом патологического опыта потребления ПАВ, обусловленным патологической семантической адаптацией к появлению множества новых интрацептивных ощущений, вызывающих трудности при попытках их категориального отнесения в рамках «донаркоманической» категориальной структуры, патологическую трансформацию этой структуры при невозможности обеспечения адекватной степени ее категориальности семантическими механизмами; с другой — показателем диффузности и недифференцированности внутреннего восприятия и опыта — детерминанта развития зависимости от ПАВ

- количество связей между значениями в индивидуальной системе внутреннего восприятия может быть фактором их ненормативности (в плоскости изучения ассоциаций — ненормативности ассоциативных связей); эта ненормативность, в свою очередь, может стать детерминантом неконвенционального поведения (употребление ПАВ), личностных трансформаций, трудностей соответствия моральным требованиям (употребление ПАВ часто осуждается нормами морали) и соблюдения законов (употребление наркотических веществ в немедицинских целях запрещено законами большинства стран)

- количество определенных (определенного типа) связей между значениями индивидуальной системы значений внутреннего восприятия может быть показателем наличия определенных психологических защит, играющих ту или иную роль в патогенезе болезни; специфичность таких связей также может быть фактором их ненормативности, которая может так или иначе отражаться на поведении и т.п. (см. предыдущий пункт)

- количественные показатели «нормативности» индивидуальной системы значений — числа таких значений или таких связей между значениями в их индивидуальной системе, которые могут быть определены как характерные для «большинства» исследуемой популяции — ненормативность, на наш взгляд, является важным параметром индивидуальной системы значений вообще, и индивидуальной системы значений внутреннего восприятия в частности, в контексте ряда психических и наркологических (зависимость от ПАВ) заболеваний; как уже отмечалось выше, такая ненормативность, неконвенциональность уже отмечалась выше, такая ненормативность, неконвенциональность может стать детерминантом неконвенционального поведения (упо-

ребление ПАВ), личностных трансформаций (некоторые личностные особенности также часто указываются в качестве предиктора злоупотребления ПАВ), трудностей соответствия моральным требованиям (употребление ПАВ часто осуждается нормами морали) и соблюдения законов (употребление наркотических веществ в немедицинских целях запрещено законами большинства стран)

– Структурные факторы (корреляты)

- четкость/диффузность структуры индивидуальной системы значений внутреннего восприятия может выступать, с одной стороны, результатом патологического опыта потребления ПАВ, обусловленным патологической семантической адаптацией к появлению множества новых интрацептивных ощущений; с другой – показателем диффузности и недифференцированности внутреннего восприятия и опыта – детерминанта развития зависимости от ПАВ

- искажение категориальной структуры индивидуальной системы значений внутреннего восприятия – относительное преобладание (доминирование) или ограниченность в категориальной структуре тех или иных классов (не таких, как в «норме» – контрольной выборке) может быть признаком семантической дефицитарности интрацептивного восприятия и внутреннего опыта – результатом патологического опыта потребления ПАВ, обусловленным патологической семантической адаптацией к появлению множества новых интрацептивных ощущений, с одной стороны, с другой – показателем диффузности и недифференцированности внутреннего восприятия и опыта – возможного детерминанта развития зависимости от ПАВ

– «Качественные» факторы (корреляты)

- адекватность/неадекватность индивидуальной системы значений внутреннего восприятия задачам деятельности субъекта – если посмотреть на этот фактор с позиций соответствия деятельности субъекта и «нормальной», ненаркоманической деятельности, то в случае, если индивидуальная система значений внутреннего восприятия оказывается более адекватной наркоманической деятельности, чем «нормальной», то такая неадекватность является фактором зависимости от ПАВ – в случае перехода (возврата) субъекта к ненаркоманической, «нормальной» деятельности она становится фактором его дезадаптации в этой деятельности и трудности «перестройки» индивидуальной сис-

темы значений внутреннего восприятия под ненаркоманическую деятельность становятся дополнительным побуждающим моментом, сопутствующим условием рецидива, возобновления наркотизации

- риск (наличия) заболевания – сходство индивидуальной системы значений внутреннего восприятия по каким-либо параметрам с такой системой, характерной для определенного заболевания (зависимости от ПАВ) – в случае наличия (обнаружения) каких-либо особенностей индивидуальных систем значений внутреннего восприятия, для которых была бы квалифицирована предрасположенность, предрасполагаемость к заболеванию (зависимости от ПАВ), которые могут выступать в качестве предикторов зависимости от ПАВ (пока мы такими сведениями не располагаем – ввиду отсутствия возможности проведения необходимых для квалификации таких особенностей индивидуальных систем значений внутреннего восприятия массовых логитюдных исследований)

- «нормативность» («конвенциональность»)/ «ненормативность» («неконвенциональность») индивидуальной системы значений внутреннего восприятия – степень сходства с «нормой» – ненормативность может стать детерминантом неконвенционального поведения (употребление ПАВ), трудностей соответствия моральным требованиям (употребление ПАВ часто осуждается нормами морали) и соблюдения законов (употребление наркотических веществ в немедицинских целях запрещено законами большинства стран), личностных особенностей и т.п. (см. выше – пункт «Количественные факторы (корреляты)»).

4.6.3. Об отношении интрацепции и поведения

В данном разделе мы вернемся к интрацептивным сигналам влечения (см. раздел 4.2), однако рассмотрим их несколько шире и в контекстах структуры их означения и детерминации ими поведения.

Связь интрацепции и поведения, внешней деятельности значительно усиливает важность и значимость роли интрацептивных ощу-

ний в жизни субъекта. В случае зависимости от ПАВ это особенно справедливо.

Интрацептивный сигнал, как было показано выше, может являться важным механизмом зависимости от ПАВ. Преломляясь через сознание и семантическую «обработку», этот сигнал детерминирует сознательное, произвольное (как кажется со стороны) поведение – поведение зависимости.

Ниже представлен ряд схематических моделей отношения интрацепции и поведения.

На рисунке 34 представлена модель, описывающая регуляцию поведения интрацептивными сигналами. Интрацептивный сигнал, достигая сознания, приобретает «первичное» означение. В случае с сигналом зависимости от ПАВ это означение для сознания субъекта представлено как необходимость приема ПАВ. Затем это означение «расширяется» в контексте ситуации, сформировавшихся у субъекта мифов зависимости и конкретных средовых ассоциаций, детерминируя субъекта на конкретные действия, имеющие своей целью употребление ПАВ. Он может считать эти действия *своими* желаниями, никак не связывая их с телесностью, планировать, как лучше их осуществить – т.е. как можно быстрее принять ПАВ (ведь ситуация может быть непростой – субъект должен найти деньги на ПАВ или ПАВ

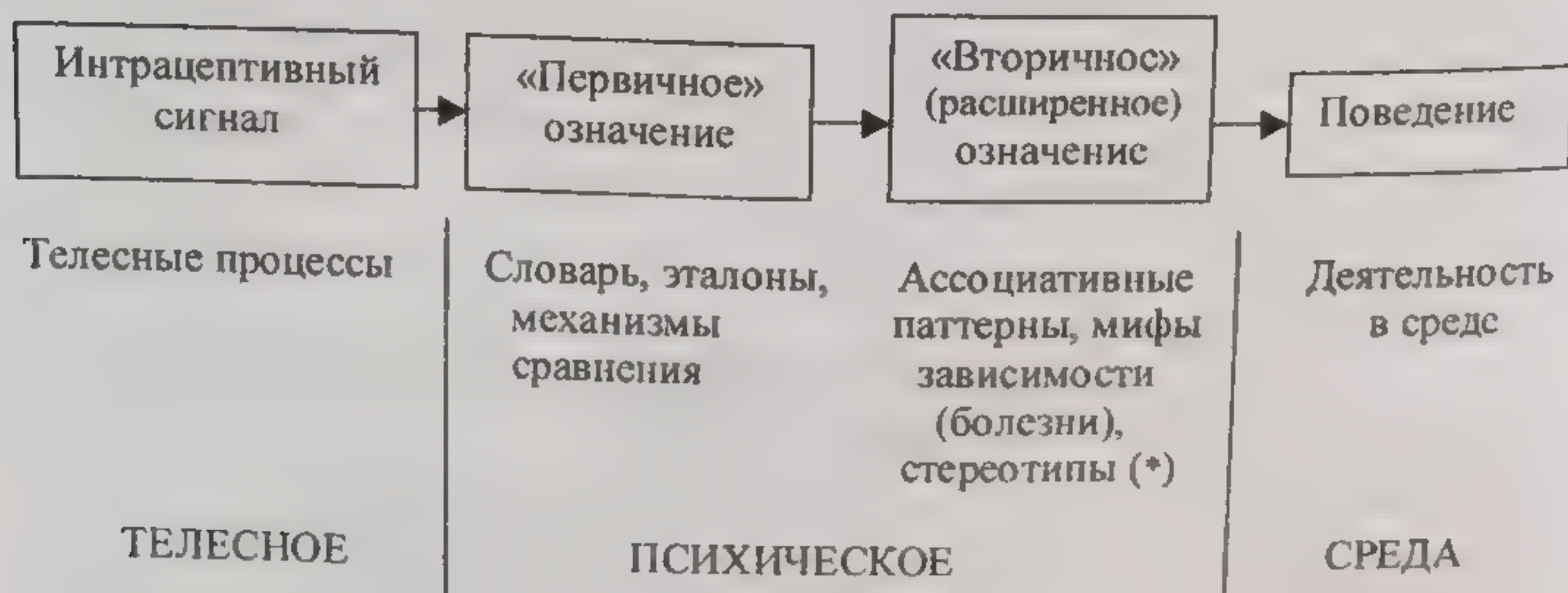


Рис. 34. Модель интрацептивной регуляции поведения (самая общая).

(*) – культурно опосредованный выбор поведенческого паттерна

может не быть легко доступен и т.п.) — и это планирование, как и само осуществляемое поведение по приему может быть достаточно сложным, учитывающим многие факторы, иногда требующим от субъекта изворотливости, хитрости и т.п. Чтобы «добыть» ПАВ, зависимые индивиды часто нарушают социальные нормы и законы, идут на преступления.

В данной схеме «вторичное» означение понимается более широко и более в контексте связи с поведением, чем в схеме «мифа зависимости» (как вторичной семиологической системы). «Первичное» означение связывает интрацептивный паттерн (сигнал) и его значение — его представленность в сознании. Это означение стимула. Например, в случае болевого сигнала человек осознает что у него «боль». «Вторичное» же означение — «расширенное» — означение «первичного» значения. «Вторичное» означение — сложное, комплексное, означение ассоциативно-когнитивным паттерном в контексте ситуации, «действующих» мифов, обусловленное реальностью, представлениями и установками субъекта. «Вторичное» означение «направлено» на поведение, на внешнюю деятельность, на активное сознательное взаимодействие с миром. Это означение реакции. В примере с болевым сигналом «боль» означает, что «нужно принять лекарство», «необходимо вызвать врача» и т.п. Формируется план реакции, план поведения — ответа на «первичный» стимул. В случае с интрацептивными сигналами (стимулами) «первичное» означение — осознание «кайфа», «прихода» (в случае «положительных» сигналов) или «ломки», «кумара» (при «отрицательных»). «Вторичное» означение в этих случаях — когнитивно-ассоциативные паттерны типа «нужно уколоться», «нужно достать наркотик» и т.п. «Первичное», интрацептивное значение «вызывает» в фокус сознания необходимые для расширенного означения ассоциации, которые формируют направленные на поведенческую реакцию когниции (под когницией мы здесь понимаем субъективное суждение, утверждение или убеждение, мысль, «когнитивный элемент», «элемент знания» (см.: Фестингер, 1999, стр. 25-27)). В примере с болевым сигналом «первичное» интрацептивное значение «боль» ассоциируется в процессе «расширенного» означения с «неинтрацептивными» расширяющими значениями, такими, как, например, «лекарство», «врач», «скорая помощь», «больница» и т.п., формирующие

ми необходимые для реализации осознанного поведения когниции типа «нужно вызвать врача», «я должен принять лекарство» и т.п. В случае «дискомфортного» интрацептивного сигнала зависимости «первичные» интрацептивные значения, такие, как, например, «плохо», «кумарит», ассоциируются в процессе «расширенного» означения с «неинтрацептивными» наркоманическими расширяющими значениями, такими, как, например, «наркотик», «барыга», «шприц», «доза» и т.п., формирующими необходимые для реализации осознанного поведения приема ПАВ когниции (мысли) типа «нужно достать денег и пойти к барыге за наркотиком», «я должен уколиться» и т.п.

На рисунке 32 представлена самая общая модель. На рисунке 34 и далее приводятся схемы, поясняющие различные аспекты интрацептивной регуляции поведения.

Как уже говорилось, «первичное» и «вторичное» означения имеют своеобразные «векторы» — «первичное» направлено на стимул (вектор на ощущение), «вторичное» — на поведенческую реакцию (вектор на деятельность (поведение)) (рис. 35).

На рисунке 36 представлена схема формирования ассоциативно-когнитивного паттерна расширенного вторичного означения интрацептивного сигнала (см. выше), показывающая последовательность «попадания» в сознание первичных и вторичных значений.

Схема на рисунке 37 представляет регуляцию поведения интрацептивным сигналом в плоскости знаковости/дознаковости. По-види-

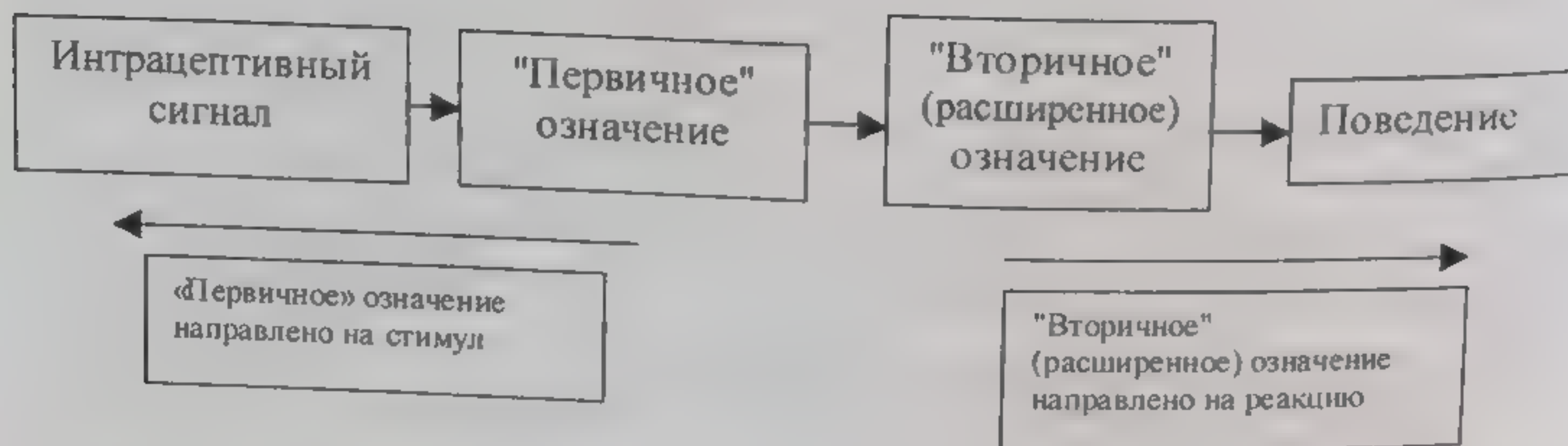


Рис. 35. «Направленность» (векторы) первичного и расширенного означения в модели интрацептивной регуляции поведения

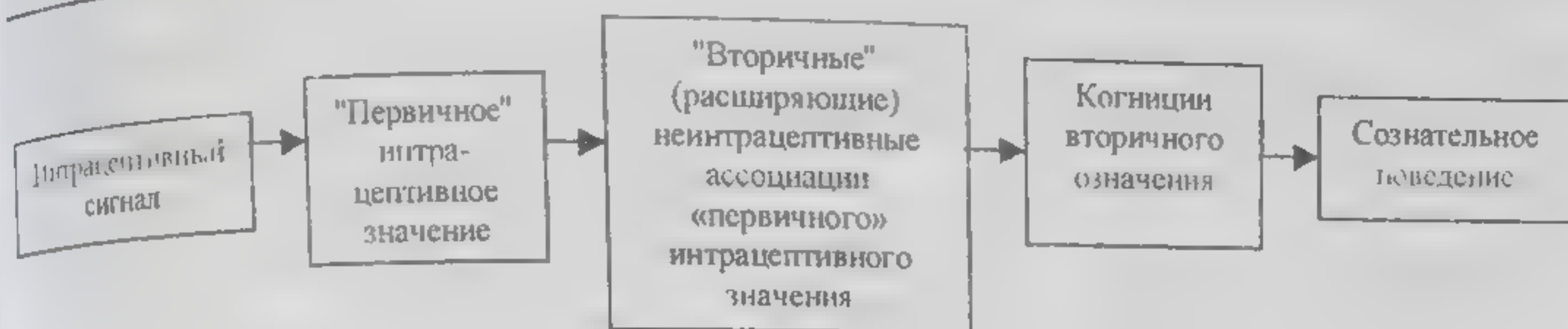


Рис. 36. Схема формирования ассоциативно-когнитивного паттерна расширенного вторичного означения интрацептивного сигнала

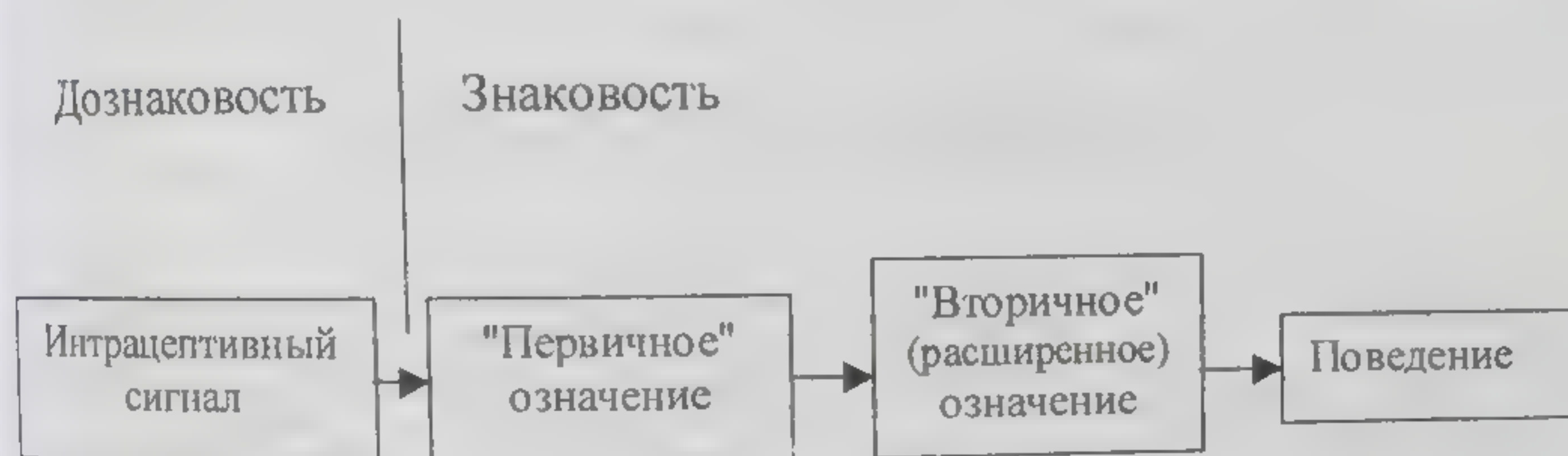


Рис. 37. Границы знаковости при интрацептивной регуляции поведения

тому, как это уже обсуждалось выше, граница знаковости не тождественна границе сознания (рис. 38).

Схема на рисунке 39 представляет интрацептивный сигнал как носитель телесного опыта (точнее, «вноситель» его в сознание). Возможен как положительный (приятные ощущения при приеме ПАВ), так и отрицательный телесный опыт (абстиненция – болезненные ощущения при приеме ПАВ). При этом вторичное и первичное означение сигнала опосредовано субкультурой потребителей ПАВ и патогенной социальной средой, в которой находится потребитель ПАВ. В результате приобретения соответствующего телесного опыта потребления ПАВ трансформируется поведение субъекта, характер его отношений с миром, взаимодействия с ним – вся его деятельность.

Влияние, провокации внешних социокультурных факторов или стимулов наиболее существенно для этапа «вторичного» означения. Внешние стимулы формируют вторичное означение и выступают как

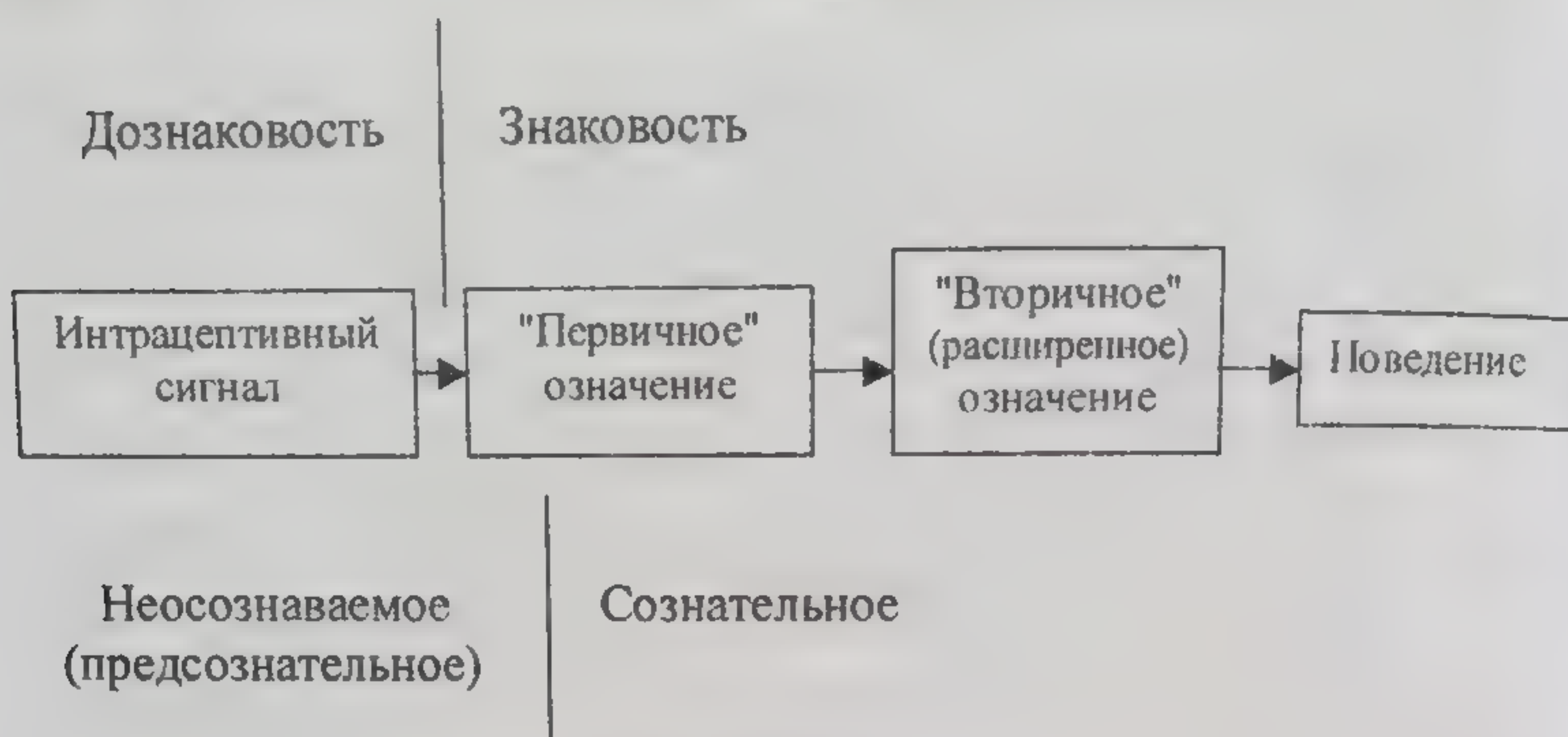


Рис. 38. Границы знаковости и сознательного

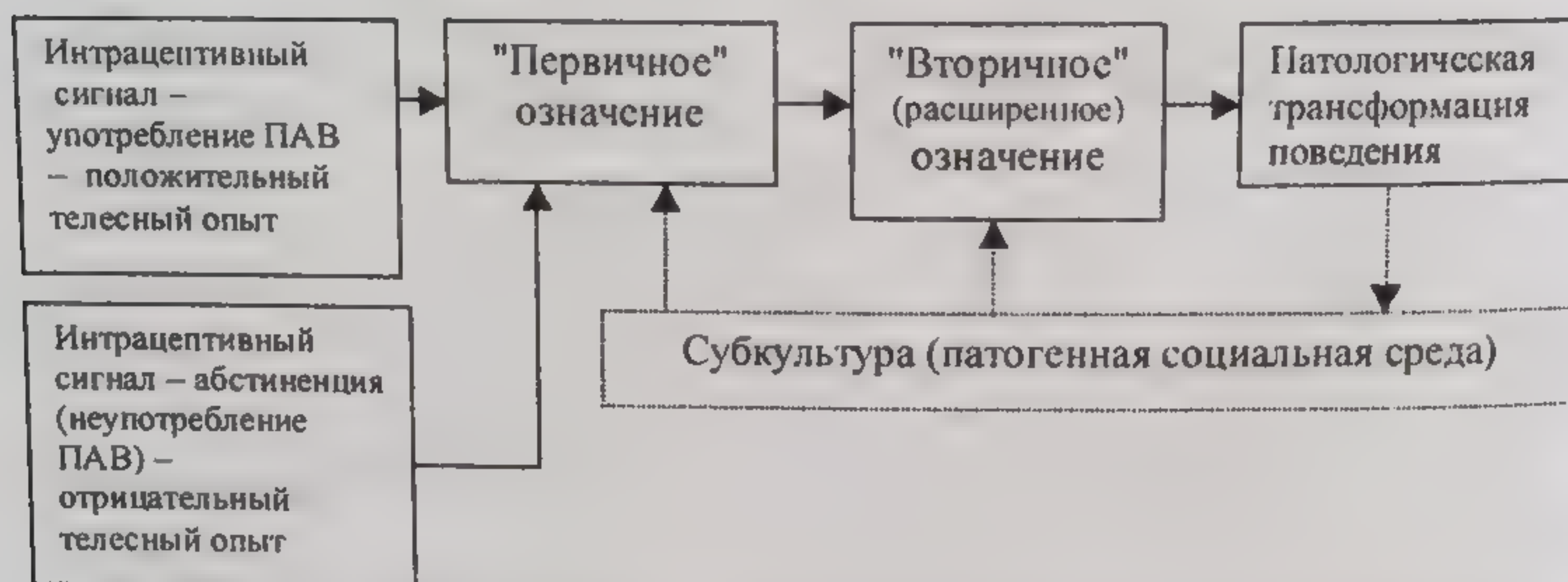


Рис. 39. Модель патологического означения нового интрацептивного (телесного) опыта

«катализаторы» наркоманического поведения – реализации патологического влечения к ПАВ.

В конце концов, по мере развития зависимости наступает момент, когда сами факторы «расширенного» означения – мифы зависимости, представляющие субъекту обычные, «ненаркоманические» интрацептивные паттерны как сигналы к потреблению ПАВ, наркоманизованная ассоциативная сфера, заполняющая все сознание субъекта наркоманическими ассоциациями, интериоризированные стереотипы зло-

употребления ПАВ и наркоманизированные субкультурные ценности, трансформированная наркопотреблением организация жизни и т.д. — становятся существенными детерминантами поведения зависимости (рис. 40). При этом «действие» происходит в патогенной социальной среде.

Схема демонстрирует возможность детерминирования патологического поведения потребления ПАВ факторами «вторичного» («расширенного») значения. Эта схема достаточно условна, так как, конечно, предполагать отсутствие интрацептивных сигналов влечения можно только условно. На самом деле, они присутствуют у потребителя ПАВ всегда, хотя бы в форме общего самочувствия.

На рисунке 41 представлена схема регуляции поведения интрацептивными сигналами зависимости от ПАВ (влечения к ПАВ) с учетом того, что и на каком этапе осознается субъектом.

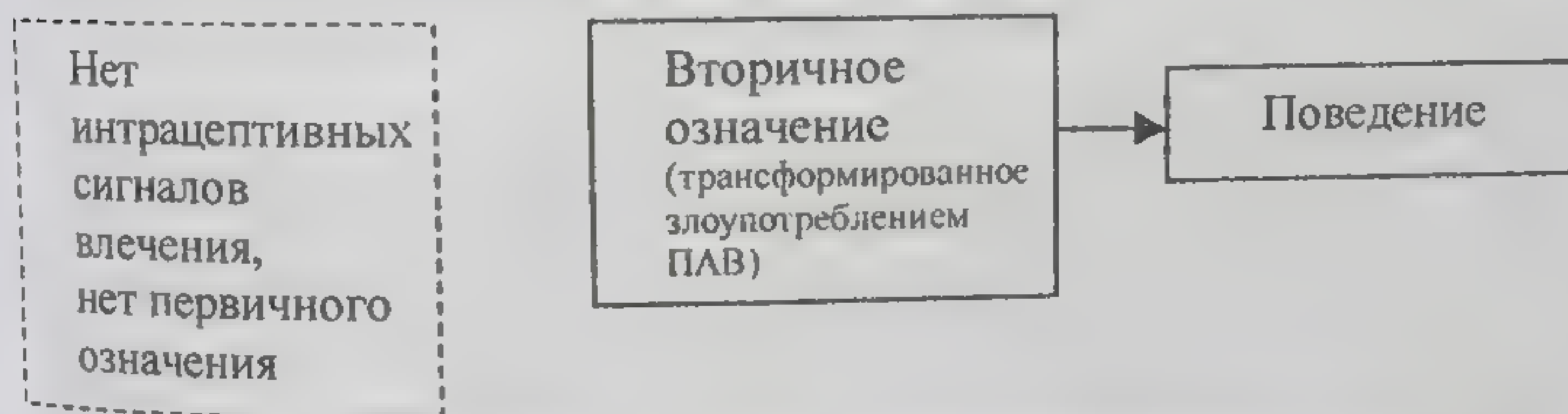


Рис. 40. Модель детерминации патологического влечения механизмами «вторичного значения» (миф болезни, миф зависимости (влечения))

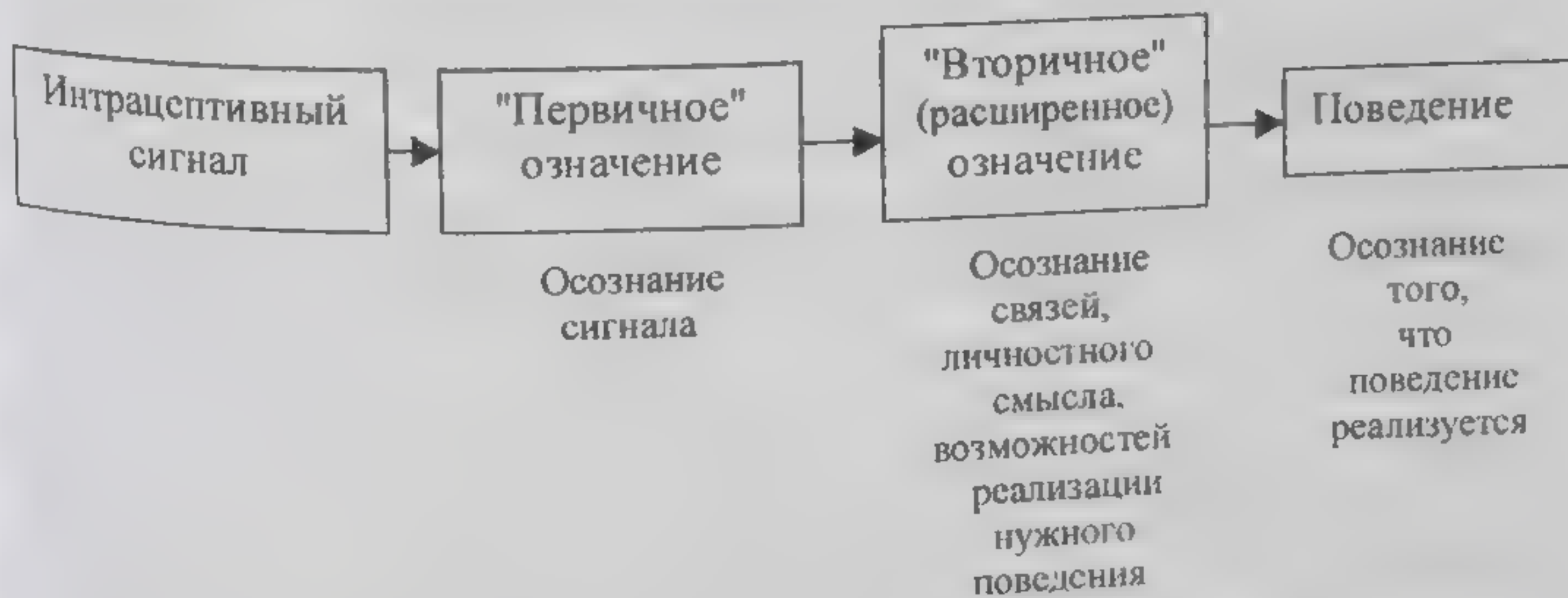


Рис. 41. Модель интрацептивной регуляции поведения с учетом осознания различных ее аспектов

В некоторых («доведенных до автоматизма») случаях и при высокой степени доступности нужного поведения (при доступности нужного ПАВ – в случае с употреблением ПАВ) происходит осознание только того, что запущенное интрацептивным сигналом поведение осуществляется – например, случай выкуривания сигареты «бывалым» курильщиком – ряд таких курильщиков сообщали, что были случаи, когда, будучи увлеченными работой и т.п., они «не замечали» как закуривали.

Патологическое влечение к ПАВ является проявлением патологической потребности в этом ПАВ. Очевидна связь влечения и поведения – влечение детерминирует поведение зависимого субъекта. Интрацептивный сигнал зависимости от ПАВ можно рассматривать как сигнал влечения, сигнал патологической потребности.

Учитывая, что интрацептивному сигналу влечения «подлежит» патологическая потребность в ПАВ, можно констатировать, что интрацептивный сигнал влечения связывает эту потребность и «зависимую» деятельность (рис. 42).

Ряд ПАВ не вызывает или почти не вызывает химической зависимости, в этом случае патологическое влечение детерминировано «сверхположительными» опытами потребления ПАВ и желанием пережить состояние эйфории. Субъективное сравнение нормального состояния с «памятью» об эйфории порождает трансформацию отношения к нормальному состоянию, которое начинает восприниматься как сигнал дискомфорта («псевдосигнал» – «чисто» субъективный сигнал, поскольку никаких физиологических оснований для абстиненции нет) (рис. 43).

«Эталонный» интрацептивный сигнал существует всегда. Он формируется в процессе всей жизни под действием внутреннего телесного опыта и означает соответственно. После первых «положитель-

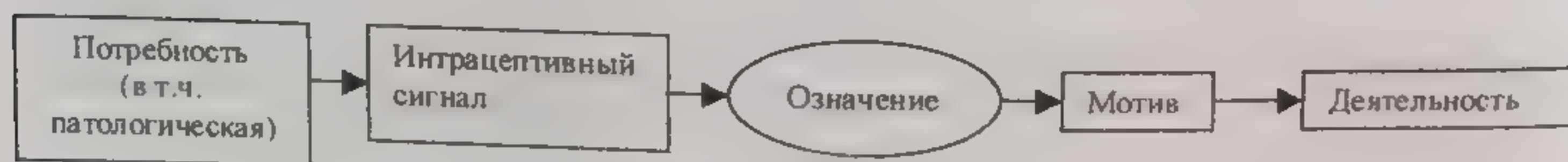


Рис. 42. «Потребностная» модель

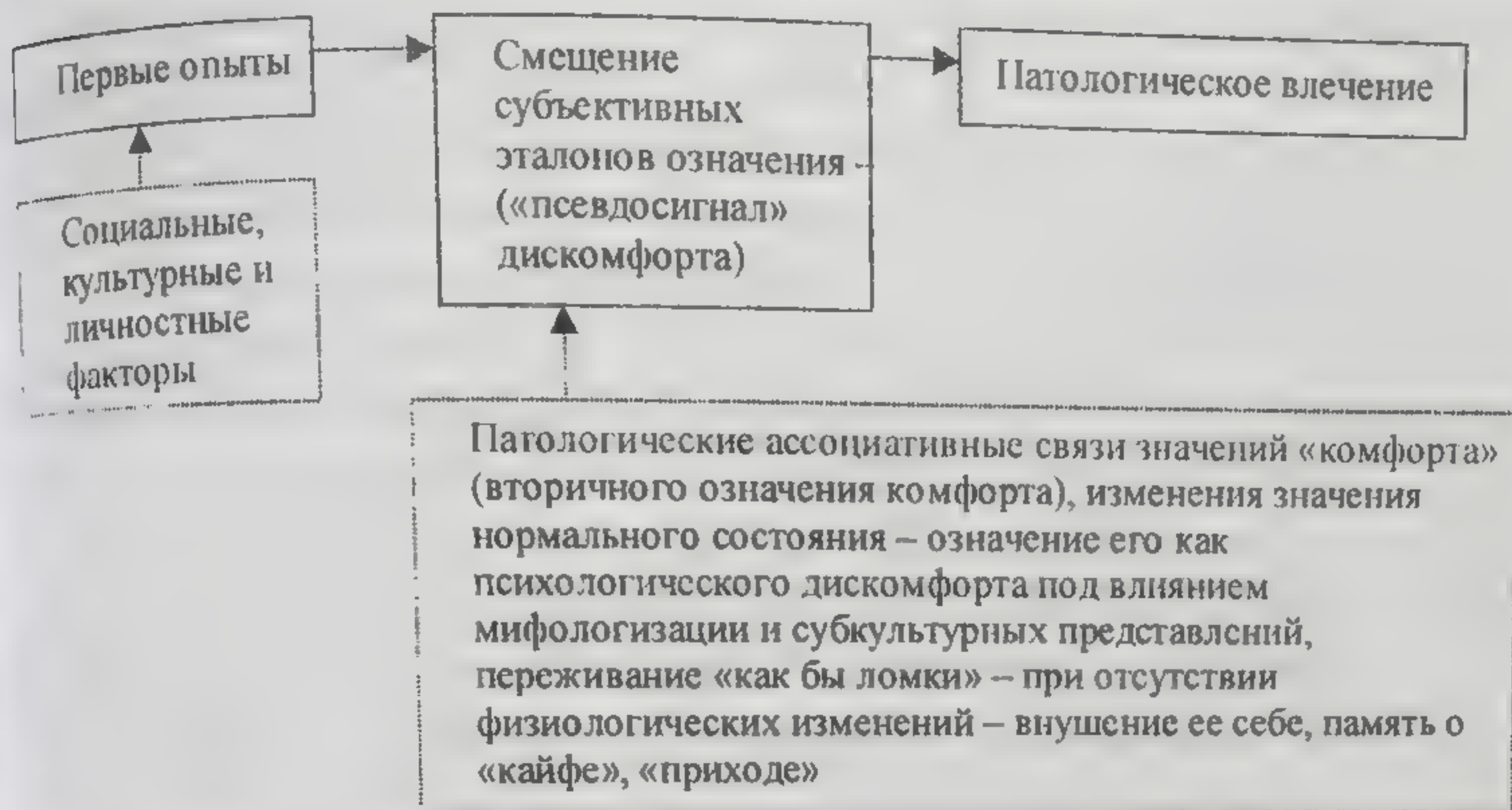


Рис. 43. Модель возникновения зависимости без абстиненции (при употреблении ПАВ, не вызывающих химической зависимости) (модель положительного сигнала)

ных» опытов с ПАВ «планка» эталонного сигнала поднимается и как комфортное уже «нормальное» состояние не оценивается и не означает. Влечение детерминировано желанием переживать снова сверхкомфортный сверхположительный телесный опыт (возможно, что здесь играет роль и дефицитарность механизмов сравнения значений). Таким образом, происходит трансформация эталонов внутреннего восприятия, но на знаково-символическом уровне, на уровне значений, и во многом под влиянием среды и культуры. Тело играет в такой модели зависимости роль: 1) агента получения «кайфа»; 2) означаемого в контексте злоупотребления ПАВ эмоционально «положительными» значениями.

До первого опыта у наркомана нет означенного сигнала состояний «кайф», «приход» и т.п. Он может знать об этих состояниях, но они не имеют особой сверхположительной эмоциональной окраски и могут вызывать только любопытство. После сверхположительного телесного опыта наркоман приобретает непосредственное знание о сверхположительном ощущении – переживании – состоянии («кайфе»), которое он означает как «кайф», «приход». Состояние – ощущение – переживание «нормального» (до начала потребления ПАВ) самочувствия

самочувствие) воспринимаются субъективно как «не кайф», что детерминирует патологическое влечение.

На рисунке 45 представлена схема реальной абстиненции – социокультурные и личностные факторы провоцируют первичное употребление, затем физиологические изменения после определенного периода самоинтоксикации вызывают в случае отказа от ПАВ абстиненцию, которая формирует «реальный» интрацептивный сигнал дискомфорта – боли, ощущения плохого самочувствия и т.п., которые вызывают субъективное желание употребления ПАВ, для того чтобы нейтрализовать «отрицательный» (абстинентный) интрацептивный сигнал (субъект знает из опыта, от других потребителей или из какого-либо иного источника, что возобновление наркопотребления «снимает» абстиненцию).

На рисунке 46 представлена схема, отражающая отношения тело–абстинентный интрацептивный сигнал–психическое. В отличие от

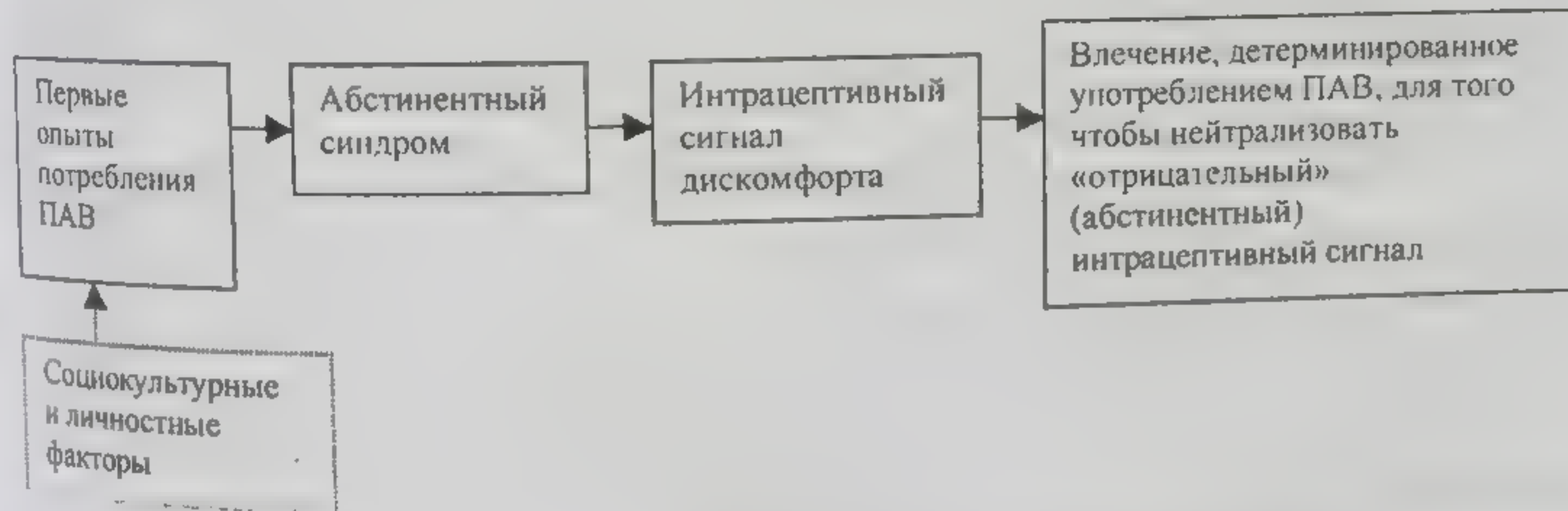


Рис. 45. Модель с отрицательным сигналом (с возникновением абстинентного синдрома)

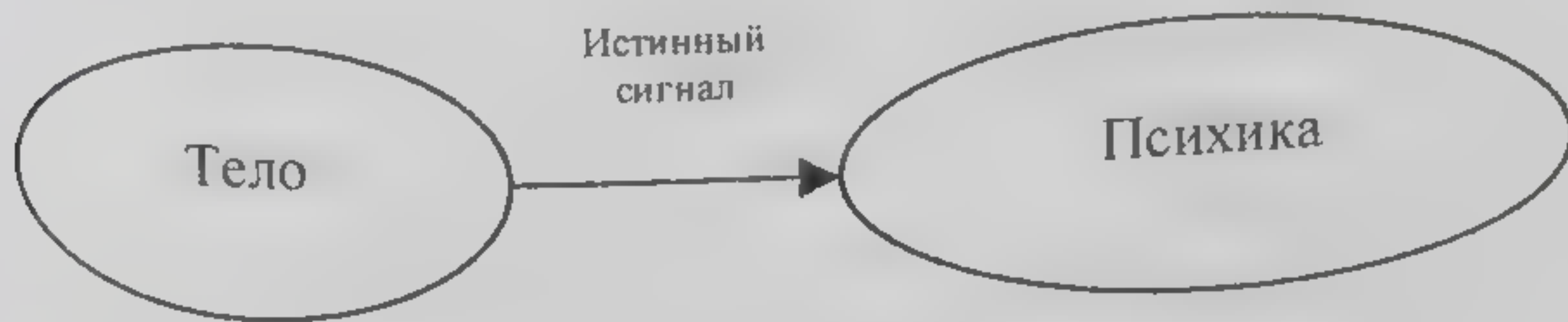


Рис. 46. «Истинный» интрацептивный сигнал

«псевдосигнала» (см. рис. 44) «истинный» сигнал детерминирован реальными телесными конструктами.

Абстинентный сигнал – это «истинный» сигнал, имеющий физиологическую основу. Отрицательная модель – это модель ломки, боли. Говоря о первичном и расширенном значении абстинентного сигнала, нужно отметить, что первичное значение такого сигнала – боль, сознание боли; расширенное – сознание того, что это «ломка», что необходимо «найти дозу» наркотика, того, где и как это можно сделать, или сознание необходимости лечения, принятия облегчающих болевые ощущения препаратов, или обращения к врачу и т.п. Вторичное значение формирует осознанное социальное поведение. В процессе переживания абстиненции у индивида формируются те или иные поведенческие модели «снятия» дискомфорта.

Физиологической основой абстинентного сигнала может быть связанная с механизмами химической зависимости трансформация телесных конструктов – изменения в теле, обусловленные предположительно дефицитом тех природных телесных субстанций, которые перестают вырабатываться организмом вследствие употребления ПАВ (рис. 47).

Обусловленные потреблением ПАВ нейрофизиологические изменения в ЦНС при отказе от употребления вызывают дефицит ряда важных для организма соединений (замещаемых внешним ПАВ при его употреблении). Связанные с этим нарушения в ЦНС могут так или иначе отразиться на телесности и вызвать соответствующие интрацептивные сигналы – тоже абстинентные (рис. 48).

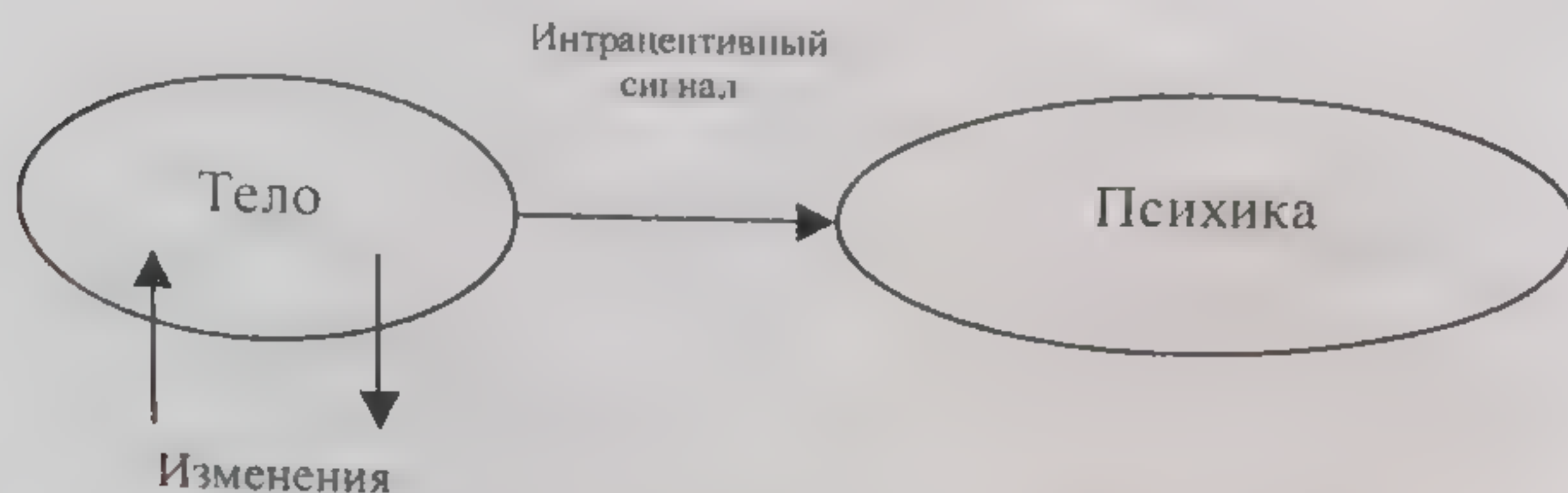


Рис. 47. Трансформация телесных конструктов – основа «истинного» интрацептивного сигнала

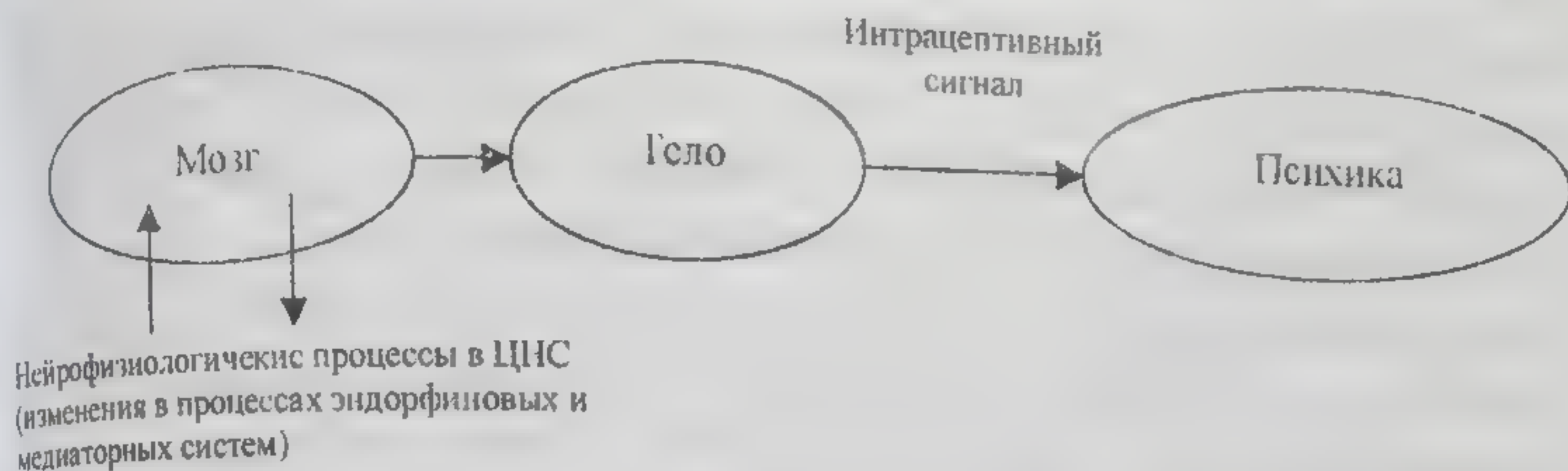


Рис. 48. Нейрофизиологические процессы в ЦНС и формирование «истинного» интрацептивного сигнала

На рисунке 49 представлена «объединенная» схема, учитывающая влияние как истинного, так и псевдосигнала.

Данная схема описывает действие интрацептивных сигналов по «созданию» и «поддержанию» влечения к наркотику в периоды отмены ПАВ.

В принципе, схему, изображенную на рисунке 49, можно представить и в виде «тройной» модели, разделив негативный сигнал, вызванный «обычным дискомфортом» (за счет смещения эталона нормального самочувствия), и отсроченный положительный сигнал влечения к ПАВ.

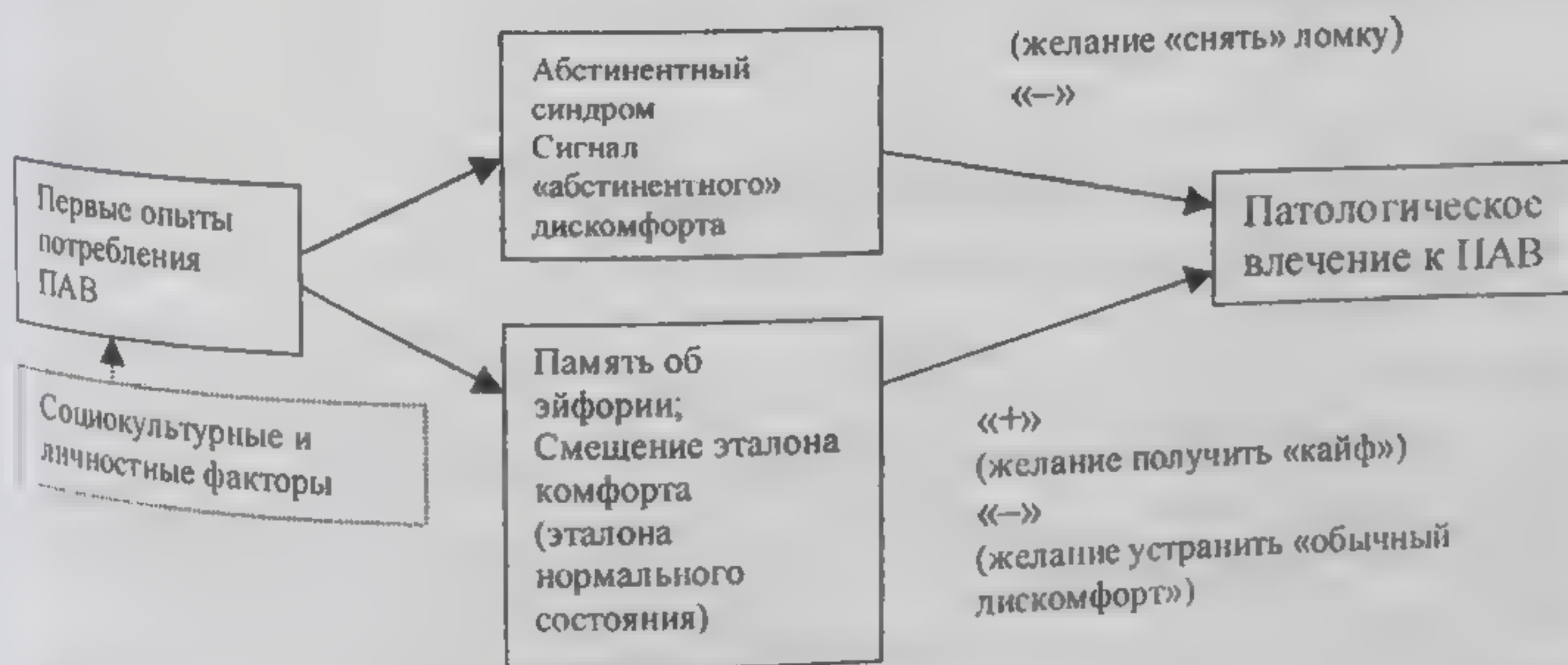


Рис. 49. Двойная модель (положительный (действующий «отсроченно» — через негативный сигнал «дискомфорта вместо обычного самочувствия» и через память об ощущениях эйфории) и отрицательный сигналы одновременно) (случаи зависимости от героина, табака и т.п.)

чения к ПАВ – память об эйфории, «требующий» ее повторения. Мы объединили эти два стимула, чтобы показать, что они, по нашему мнению, оба так или иначе связаны со сверхположительным, сверхприятным опытом – «кайфом», «приходом», эйфорией, и в этом плане дифференцированы от связанной с негативным опытом абстиненции, болезненными ощущениями абстинентного синдрома и «абстинентным» дискомфортом (хотя в принципе разделение «дискомфорта из-за смещения эталона комфортного обычного самочувствия» и «абстинентного дискомфорта» субъективно невозможно и весьма условно в плоскости переживаний больного; для нас здесь важно, что переживаемый больным дискомфорт может иметь две принципиально разные причины).

На рисунке 50 представлена схема, отражающая отношения тело–интрацептивные сигналы–психическое.

Психическая зависимость связана преимущественно со сверхположительными внутренними ощущениями («кайф») и трансформацией эталона нормального самочувствия (в «не-кайф»), химическая же зависимость – с негативными (часто болевыми) внутренними ощущениями абстиненции («ломки»).

Состояние «кайфа» ассоциировано с телесностью – наркоман производит соматическую (со своим телом) манипуляцию – ввод в него химического вещества, чувствует особые *телесные* ощущения. Таким



Рис. 50. «Истинный» и «псевдо-» сигналы

образом, переживание «кайфа» или «прихода» (равно как и других наркоманических состояний) определенно имеет не только субъективную интрацептивную составляющую – наркоман чувствует, ощущает это состояние, воспринимает его как внутреннее и телесное, не только составляющую сознания «кайфа» – наркоман сознает «кайф» и означает его как «кайф», «кайф» – феномен сознания – феномен изменения сознания, и не только составляющую опыта – это состояние переживается, является специфическим опытом, но и составляющую представлений о телесности. Опыт «кайфа» помимо трансформации эталонов внутренних ощущений и их значений изменяет представления о телесности – тело для потребителя ПАВ становится инструментом получения «кайфа», инструментом изменения сознания, гедонистическим аппаратом.

С помощью представленных выше схем мы показали различные грани отношений интрацепции, поведения и влечения к ПАВ. При этом «сигнальное» значение интрацепции представляется очевидным, а роль интрацепции среди факторов, детерминирующих зависимость от ПАВ, – крайне важной.

4.6.4. Об учете фактора телесности при оценке вероятностей наркотизации, ремиссии и рецидива

Представленные в данном разделе формулы демонстрируют недостаточность, «однобокость» подхода к проблемам наркотизации, ремиссий и рецидивов у больных с наркозависимостями без учета факторов телесности.

Чтобы наглядно показать факторы, значимые, по нашему мнению, для оценки вероятностей наркотизации, ремиссии и рецидива, воспользуемся их формализованным описанием. По нашему мнению, формализованное описание вероятностей наркотизации, ремиссии и рецидива, а также сосуществования или опосредствования любых элементов психического интрацепцией более наглядно, нежели представление этого теоретического материала в форме текста.

Различные факторы, влияющие на вероятности наркотизации, ремиссии и рецидива, удобно представить в виде формул. Мы предпо-

лагаем, что наиболее удачно разделение этих факторов на личностные, социокультурные и телесные. Без учета телесных, интрацептивных факторов картина представляется неполной и адекватность оценки вероятностей наркотизации, ремиссии и рецидива значительно снижается.

1) Вероятность наркотизации

$$\begin{aligned}
 P_{\text{наркотизации}} &= \\
 &= F_{\text{личностные (неустойчивость, полезависимость и т.п.)}} + \\
 &+ F_{\text{социальные и культурные («давление» среды, отношение к культурным запретам в микросоциуме, вовлеченность в субкультуру)}} + \\
 &+ F_{\text{телесные (физиологические и интрацептивные)}}
 \end{aligned}$$

где F — соответствующие факторы риска наркотизации.

Выраженность различных личностных, социокультурных и телесных факторов влияет на оценку вероятности наркотизации. При этом личностными факторами, повышающими вероятность наркотизации, могут выступать импульсивность, неустойчивость, полезависимость, гедонистичность и т.д., социокультурными — «давление» среды, микросоциума; отношение к культурным запретам в микросоциуме (микросоциальные тенденции к нарушению запретов усиливают вероятность наркотизации); вовлеченность в наркоманическую субкультуру; «привлекательная» информация о наркотиках в социальной среде; доступность наркотика в среде и т.д. Телесные факторы наркотизации — эйфорические ощущения при приеме наркотика, развитие абстиненции, физиологические трансформации, развитие интрацептивно-семантических патологических механизмов и дефицитарностей, описанных в данной работе.

2) Вероятность ремиссии

$$\begin{aligned}
 P_{\text{ремиссии}} &= \\
 &= F'_{\text{личностные (степень контроля, рефлексии, осознания и т.п.)}} + \\
 &+ F'_{\text{социальные и культурные (возможность изоляции от патогенной среды, сохранность «нормативных» культурных ценностей в микросоциуме, возможности лечения и реабилитации)}} + \\
 &+ F'_{\text{телесные (способность к совладанию с телесными позывами влечения и к их контролю, купированию патологических интрацептивных сигналов)}}
 \end{aligned}$$

где F' — соответствующие факторы ремиссии.

Выраженность различных личностных, социокультурных и телесных факторов влияет также и на оценку вероятности ремиссии. При

этом личностными факторами, повышающими вероятность ремиссии, могут выступать высокая степень внутреннего контроля и рефлексии, осознание вреда от употребления наркотиков, «отказ» от ценностей наркоманической субкультуры и т.д., социокультурными – возможность изоляции от патогенной среды, сохранность «нормативных» культурных ценностей в микросоциуме, возможности лечения и реабилитации, информация о вреде наркотиков в социальной среде, недоступность наркотика в среде и т.д. Телесные факторы ремиссии – возможности элиминирования действия интрацептивно-семантических патологических механизмов, описанных в данной работе; возможности «реконструкции» деформированных эталонов внутреннего восприятия; возможность «нормативных» гедонистических ощущений; прекращение болезненных абстинентных ощущений; восстановление разрушенных употреблением ПАВ физиологических систем.

3) Вероятность рецидива

$$P_{\text{рецидива}} = P_{\text{наркофикации}} / P_{\text{ремиссии}} = \Sigma F / \Sigma F'$$

Вероятность рецидива («срыва») прямо пропорциональна силе (выраженности) факторов наркотизации (F, см. выше) и обратно пропорциональна силе (выраженности) факторов ремиссии (F'). Данная формула (как и все другие в этом параграфе), конечно, представляет лишь формализованное представление теоретического тезиса и не претендует на математическую четкость и точность (это не есть математическая формула – иначе вероятность рецидива могла бы, например, в ряде случаев быть больше единицы, что для оценки вероятности, конечно, невозможно (в шутку можно сказать, что на практике такое (такая вероятность рецидива), к сожалению, встречается довольно часто) и т.п.), показывая лишь что от чего зависит или что чем определяется – чем сильнее факторы наркотизации, больше ее вероятность, тем больше вероятность «срыва», и чем больше вероятность ремиссии – сильнее факторы ремиссии, тем вероятность рецидива меньше.

Психическое постоянно получает от тела совокупность интрацептивных сигналов – сигнал интрацептивного фона, сигналы, связанные с различными потребностями и т.д. Поэтому можно предположить условное «существование» интрацептивной функции, сопровождающей, опосредующей все психические процессы – когнитивные, эмоциональные, мотивационные и т.п. То есть условно «существует»

$f_{\text{интрац}}$ («чистая» эмоция) = «реальная» эмоция, $f_{\text{интрац}}$ («чистая» когниция) = «реальная» когниция и т.п. При зависимости от ПАВ субъективная роль этой функции многократно усиливается.

Представленные формулы – пример возможности формализованного описания факторов зависимости от ПАВ. Использование подобной формализации открывает определенные возможности диагностической и прогностической практики, хотя, конечно, чтобы «наполнить» предложенные формулы «конкретным» содержанием, необходимы соответствующие эмпирические исследования и теоретический анализ. При этом, по нашему мнению, принятие в расчет факторов телесности является необходимым условием при разработке «решающих» диагностических и прогностических правил в наркологии.

4.6.5. Об изменениях внутреннего опыта при злоупотреблении ПАВ и ресурсах означения интрацептивного восприятия

В данном разделе мы попытаемся показать усиление роли внутреннего опыта и интрацепции в процессе наркотизации и рассмотреть ресурсы означения интрацептивного восприятия, важнейшим из которых представляется внутренний опыт.

В таблице 28 представлено сравнение некоторых психологических феноменов до и после патологического опыта злоупотребления ПАВ.

Внутренний опыт в результате злоупотребления ПАВ наркоманизируется, наполняется «следами» деятельности по употреблению ПАВ и становится ресурсом наркотизации, фактором зависимости.

Означение внутреннего восприятия можно рассмотреть в плоскости ресурсов – имеющихся у него в наличии средств и возможностей (рис. 51).

Нужно отметить безусловную «субкультурность» части «интрацептивных значений общественного сознания» в схеме на рисунке 45, многие сленговые интрацептивные значения при потреблении ПАВ, конечно, не являются частью общечеловеческой культуры, а относятся только к субкультурам потребителей ПАВ.

Таблица 28

Изменения внутреннего опыта и интрацепции при злоупотреблении ПАВ

До опыта	После наркоманического опыта
«Нормальный» сигнал внутреннего комфорта, который выполняет эталонную функцию, по отношению к нему происходит определение наличия других сигналов и их эмоциональной окраски	Сигнал внутреннего комфорта начинает восприниматься как дискомфорт, начинается психосоматическое переживание дискомфорта, провоцирующее патологическую потребность в ПАВ
Эталоны внутреннего восприятия структурированы	Эталоны внутреннего восприятия не структурированы – «старые» эталоны разрушены и формируются «новые» – патологические, ориентированные на сверхположительные ощущения («кайф»)
«Нормальный» интрацептивный словарь	«Нормальный» словарь трансформируется, происходит его расширение и повышаются диффузность и недифференцированность (под влиянием потребления ПАВ субъект испытывает много необычных ощущений, которые не может или затрудняется адекватно означить, также он осваивает «наркоманский» сленг)
Нет воспоминаний о сверхположительном телесном переживании, связанном с ПАВ	Есть воспоминания о сверхположительном телесном переживании («кайфе»), связанном с ПАВ
Стимулы к приему ПАВ – внешние – «любопытство, влияние других людей, групповое давление» (The United Nations and Drug Control, 1982, стр. 4) (любопытство и подражание действиям сверстников из антисоциальных компаний назвали мотивами первого приема 2/3 больных наркоманиями (Рохлина, Врублевский, 1990)) и т.п., обусловлены внешним знанием, усвоенным не через личный опыт, а через опыт других людей, нет ассоциаций между ПАВ и специфическими ощущениями	Основной стимул к приему ПАВ – внутренние телесные, интрацептивные сигналы; внешние стимулы выступают как «катализаторы» влечения, ПАВ ассоциируется с особыми телесными ощущениями

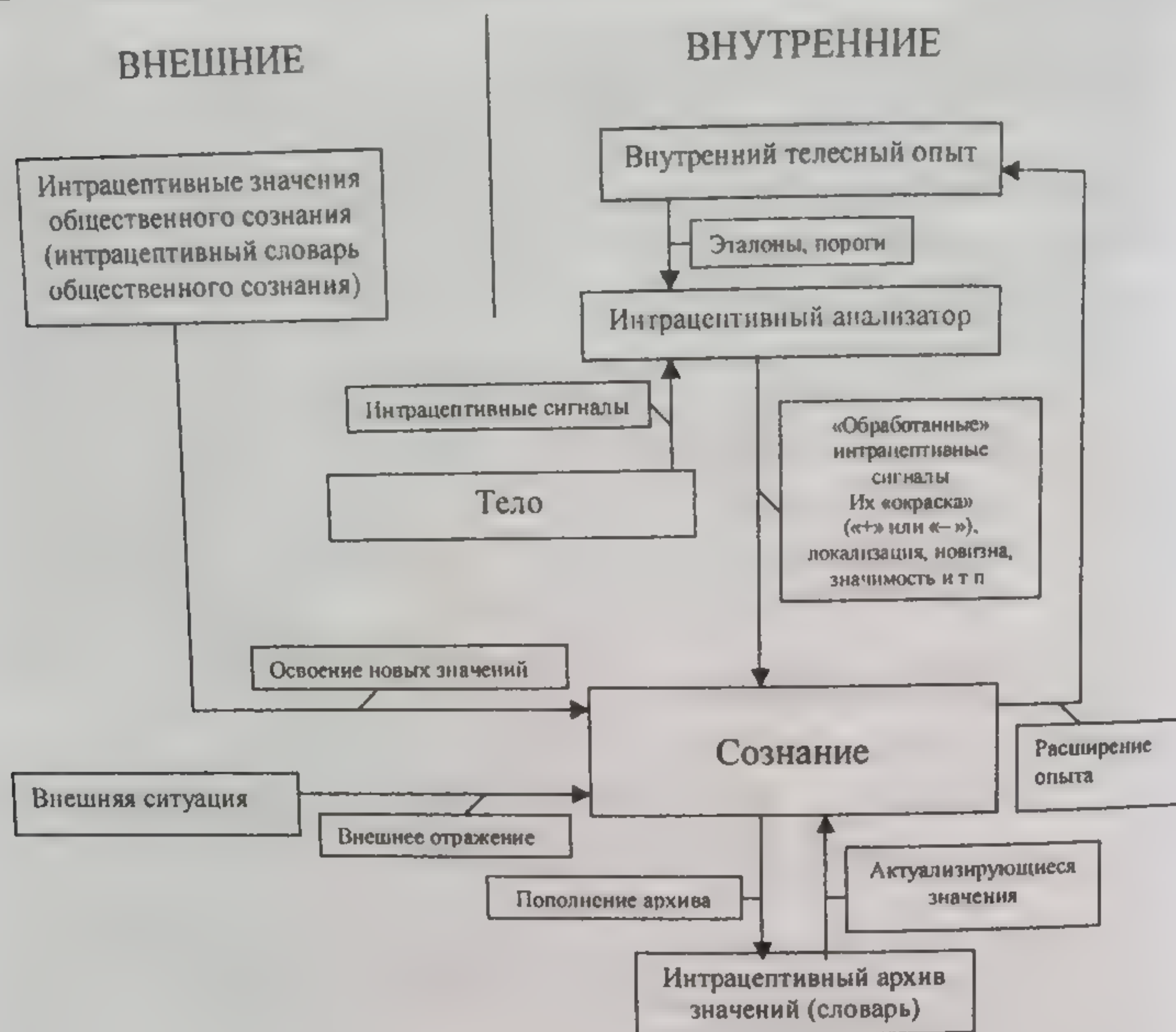


Рис. 51. Ресурсы означения интрацептивного восприятия

Усиление роли внутреннего опыта и интрацепции в процессе наркотизации еще раз показывает важность и значимость телесных факторов в структуре зависимостей от ПАВ.

4.6.6. О возрастании роли телесности в процессе развития зависимости от ПАВ

В данном разделе мы рассмотрим факторы телесности в сравнении с другими факторами наркотизации в момент приобщения к ПАВ и после формирования зависимости от него.

Для того чтобы показать роль внутреннего восприятия и его семантики в механизмах зависимости от ПАВ, мы схематично представили основные факторы приобщения к ПАВ и зависимости от них (рис. 52-53).

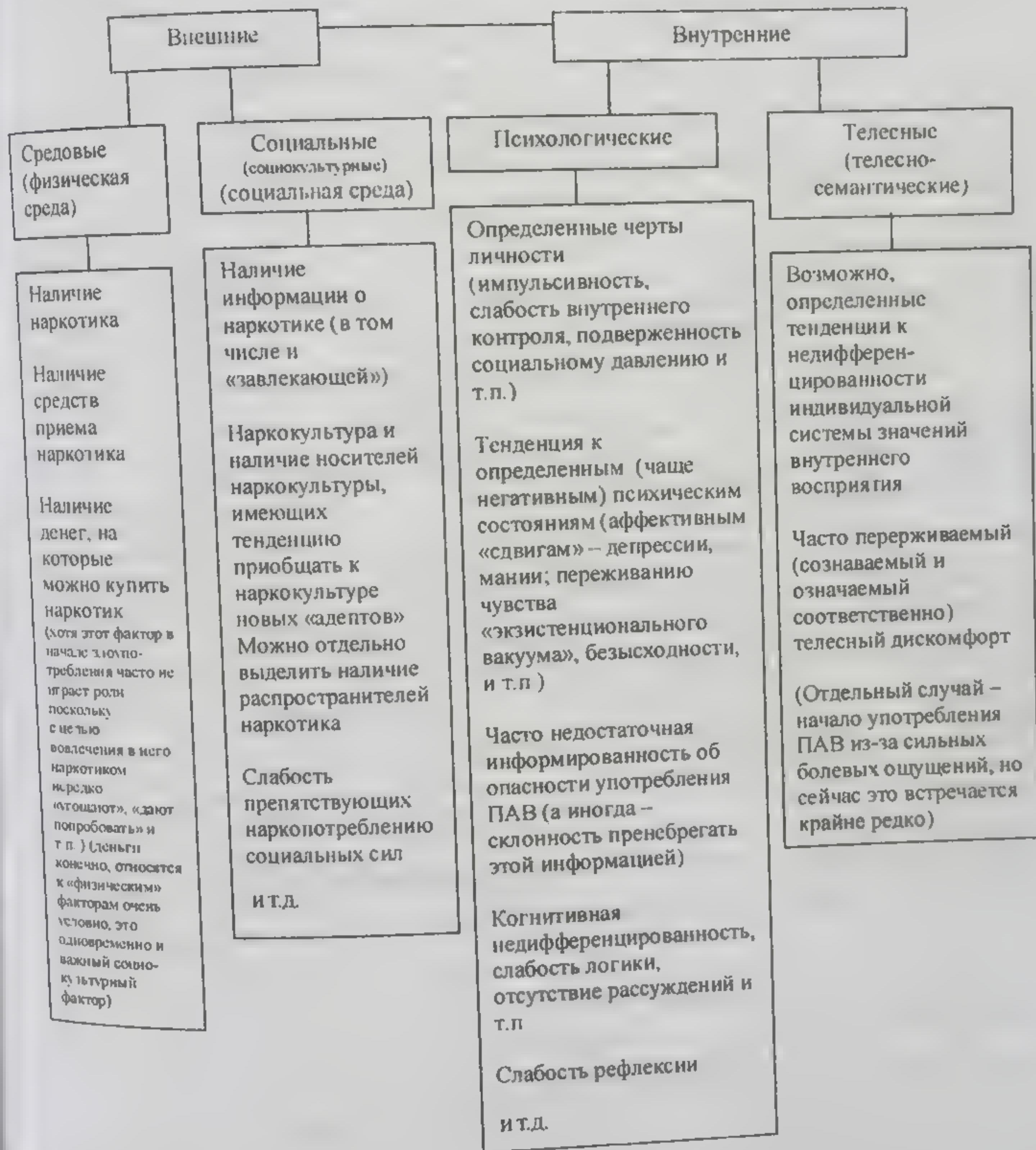


Рис. 52. Факторы приобщения к ПАВ

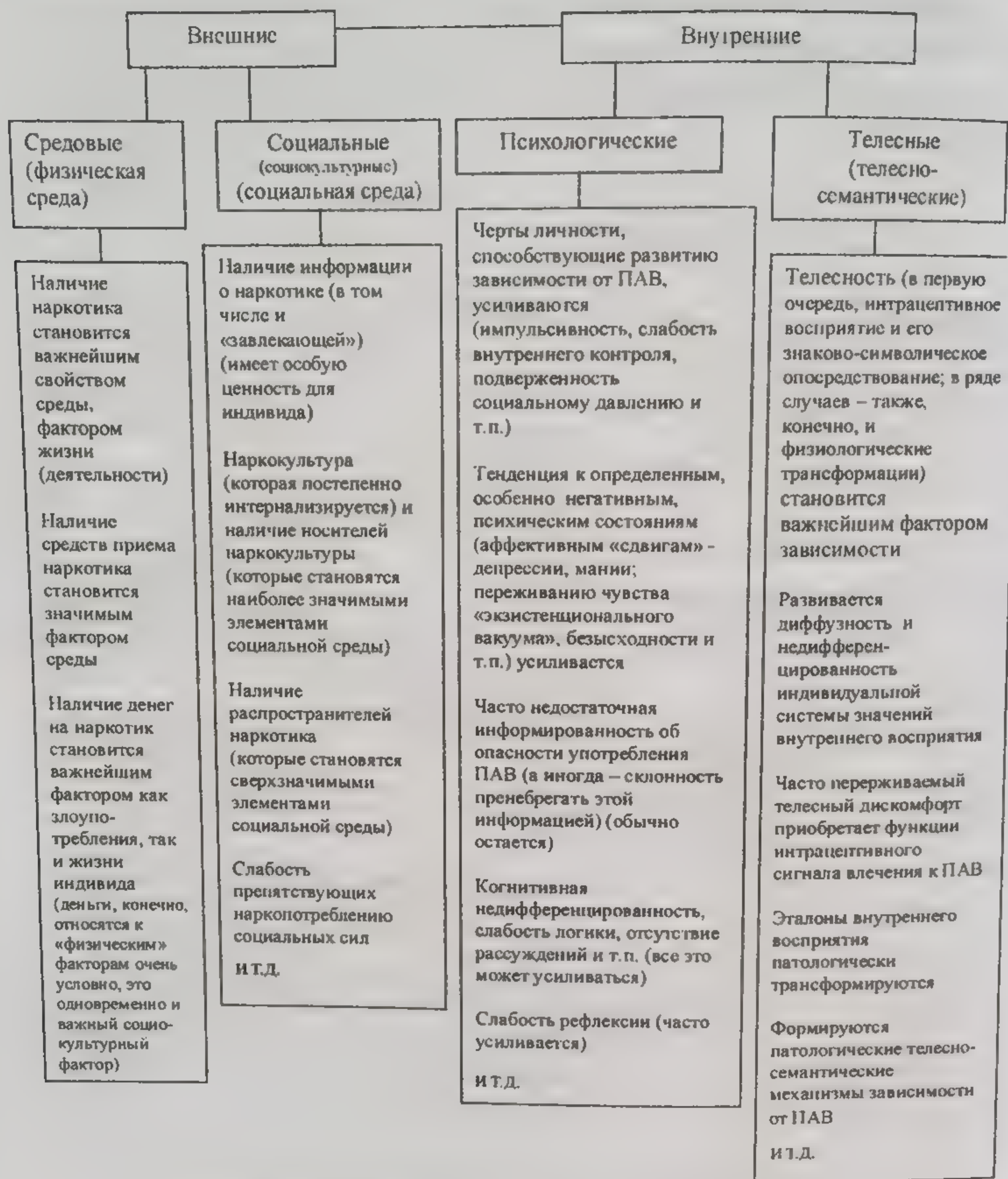


Рис. 53. Факторы зависимости от ПАВ

Начало злоупотребления, приобщение к ПАВ обычно детерминировано в основном внутренними психологическими и/или внешними факторами (см. рис. 52), связанными с наркотиками субъективными

гедонистическими установками – интересно, что уже в 12 лет подростки считают, что ощущения от наркотиков приятные: «кайф, балдеж, блаженство» (Гульдан и др., 1990).

В процессе злоупотребления телесные и, по-видимому, особенно телесно-семантические факторы приобретают все большую роль и детерминируют зависимость от ПАВ (см. рис. 53).

Главным физическим, социальным, психологическим и телесным одновременно фактором является, конечно, наличие самого субъекта зависимости – человека. Этот фактор не включен в схемы по причине своей очевидности.

Фактор «наличие средств приема наркотика» подразумевает наличие инструментов (шприцов, ложек и т.д.) и «вспомогательных» химических веществ (в ряде случаев необходимых для употребления наркотика), которые делают возможным наркопотребление.

Фактор «наличие информации о наркотике» специфичен в плане того, что потребители ПАВ обычно быстро и четко усваивают знания, необходимые им для злоупотребления ПАВ, но игнорируют информацию о вреде наркотиков.

Схемы на рисунках 52 и 53 показывают, как резко возрастает роль телесности при формировании зависимости от ПАВ по сравнению с этапом приобщения к ним. Благодаря наличию патологических интрацептивных и физиологических механизмов телесность становится одним из главных, если не самым главным, факторов этой зависимости.

4.6.7. Концепция нарушений семантики внутреннего восприятия при зависимостях от ПАВ

Мы рассмотрели проблему влияния внутреннего восприятия, его семантики на возникновение и развитие зависимости от ПАВ под разными различными углами, однако очевидно, что без фактора телесности проблема зависимости от ПАВ представляется непонятной и одной из главных. Роль телесности при зависимости от ПАВ важная, а может быть, даже ведущая. Семантика внутреннего восприятия при этом во многом определяет механизмы зависимости от ПАВ и влечения к нему. Формируемая употреблением ПАВ дефицитарность семантики внут-

ренного восприятия — его индивидуальных систем значений — по-видимому, является существенным фактором в развитии зависимости от наркотика, а патологические семантико-интрацептивные механизмы, описанные в данной работе, — ведущими механизмами «работы» зависимости по «порабощению», «охвату» субъекта.

Из вышесказанного вытекает нижеследующая концепция патологии семантики внутреннего восприятия при зависимостях от ПАВ, демонстрирующая ведущую роль факторов внутреннего восприятия, его субъективной семантики в структуре таких зависимостей.

Первые пробы наркотика, детерминированные микросоциальными и личностными факторами (базисом которых являются дефицитарность телесного сознания и когнитивная недифференцированность, которые, в свою очередь, по-видимому, связаны с определенными генетическими факторами), создают у наркопотребителя сверхположительный внутренний опыт, который становится для него (причем это, по-видимому, не всегда полностью осознается индивидом) мерилom и ценностью всех интрацептивных ощущений, при этом трансформируется эталон нормального самочувствия и то самочувствие, которое до начала наркотизации воспринималось как обычное комфортное телесное состояние, становится состоянием «некайфа», субъективного дискомфорта на фоне памяти о сверхприятных ощущениях. Этот дискомфорт по аналогии с паттерном обычного самочувствия является неприятным диффузным интрацептивным паттерном. Восприятие, переживание этого дискомфорта сопровождается аффективными изменениями — в первую очередь пониженным настроением, депрессией — которые можно интерпретировать как реакцию на «некайф», не исключено, что существуют определенные нейрофизиологические механизмы, связывающие сверхприятный внутренний опыт и депрессию. Таким образом, «обычные» интрацептивные ощущения приобретают функцию отрицательного интрацептивного сигнала зависимости (влечения) от наркотика (условно названного «пседосигналом» — поскольку он предположительно связан только с психическими трансформациями, обусловленными патологическим опытом — памятью о сверхприятных ощущениях) — наркотизирующийся индивид стремится «избавиться» от диффузных ощущений дискомфорта и сопровождающего его пониженного настроения путем приема наркотика. В слу-

чае если ПАВ вызывает абстиненцию, то по мере развития хронической интоксикации абстинентные проявления – болевые и другие болезненные ощущения – также становятся сигналами зависимости и детерминируют прием наркотика. Ощущения эйфории при приеме ПАВ также становятся своеобразным «отсроченным» интрацептивным сигналом зависимости, как бы сообщаящим о необходимости повторения наркотического опыта. С самого начала потребления происходит отражение – знаково-символически опосредствованное отражение, отражение в форме значений – тех интрацептивных ощущений, которые так или иначе связаны с приемом наркотика: при физической зависимости возникающая на нейрофизиологическом уровне патологическая потребность в ПАВ пробивается в сознание, чтобы «сообщить» о «неполадках»; при психической – сверхприятный внутренний опыт фиксируется соответствующими значениями. Для приема ПАВ индивиду необходимо совершать сознательные действия, поэтому ему необходимы соответствующие образующие индивидуального сознания – значения, и интрацептивные значения здесь, конечно же, не исключение. Поскольку при хронической интоксикации ПАВ трансформации интрацептивных ощущений и внутреннего опыта значительны, происходит и значительная трансформация индивидуальной системы значений внутреннего восприятия. Однако при этом многие «новые» интрацептивные значения имеют высокую степень неопределенности, многозначности, ненормативности, появляются путем метафоризации, связаны с трансформирующими их психологическими защитами; механизмы означения внутреннего восприятия и опыта «не справляются» с необходимостью массивной трансформации индивидуальной системы значений; внутренний опыт злоупотребления ПАВ также нечеток, связан с измененными состояниями сознания, дереализации, деперсонализации, дезориентировки во времени, процессами виртуализации – закономерно предположить его диффузность и неструктурированность. В результате патологической адаптации к наркопотреблению индивидуальная система значений больного с зависимостью от ПАВ становится диффузной, плохо структурированной, категориально бедной, деиерархизированной, ненормативной и неконвенциональной, заполненной наркоманическими значениями. При этом наркоманические значения доминируют в ин-

дивидуальной системе значений внутреннего восприятия, в силу их особой субъективной ценности постоянно «по поводу и без повода» оказываются в фокусе сознания индивида, что само по себе становится фактором патологической зависимости от наркотика. Формируются патологические семантические и семиологические механизмы, способствующие «работе» зависимости – наркотизации: ощущения «обычного» самочувствия означаются как «некайф» или «дискомфорт»; сознание наполняется интрацептивными сигналами влечения, первично означаемыми наркоманическими значениями, а «расширенно» означаясь, формирующими значения необходимости совершения тех или иных наркоманических действий; происходит смещение механизмов сравнения элементов означения внутреннего восприятия от гомеостатического принципа в сторону максимизации отдельных переменных – смещение означения болезненных интрацептивных ощущений при абстиненции в сторону максимизации «отрицательности» интрацептивных значений ведет к появлению «ужасных», «непереносимых», «нестерпимых» ощущений; наркоманизованность психического, «доминирование» наркоманических знаков, позволяет выдвинуть гипотезу о возможности досознательного связывания исходно нейтрального по отношению к зависимости от ПАВ интрацептивного паттерна с наркоманическим знаком (семиотическая подмена), в результате «нейтральные» ощущения получают наркоманическое означение – «кумара», «ломки» и т.п., и начинают детерминировать зависимость; патологический механизм вторичного означения интрацептивных паттернов (миф зависимости) «навязывает» субъекту «понимание» интрацептивных ощущений (в первую очередь, связанных с употреблением ПАВ/отказом от него, но и вообще – практически любых, по крайней мере часто никак не относящихся к наркотизации – например обычного самочувствия) как симптомов (знаков) зависимости от ПАВ, в зависимости от контекста мифа – иногда как признаков неизбежности наркопотребления. Сознание субъекта становится полностью детерминированным, «захваченным» наркопотреблением и наркотизмом. Индуцируемый интрацепцией миф зависимости формирует виртуальную реальность наркопотребления, «уводит» субъекта от действительности. Патологическая зависимость от ПАВ через патологические механизмы в условиях «благоприятных» для наркотизма

условий микросоциальной и физической сред начинает «управлять» индивидом, «подчиняет» его и трансформирует в наркомана, делает тяжело больным человеком.

Таким образом, обнаруженные при зависимостях от ПАВ признаки дефицитарности индивидуальных систем значений внутреннего восприятия, дефицитарности, специфичности сознания внутренних процессов у таких больных и описанные выше механизмы патологической «работы» зависимости можно объединить в концепцию патологии семантики внутреннего восприятия при зависимостях от ПАВ, демонстрирующую ведущую роль факторов внутреннего восприятия, его субъективной семантики в структуре таких зависимостей.

Изложенная интрацептивно-семантическая концепция зависимостей от ПАВ, конечно, во многом имеет гипотетический характер и может развиваться, дополняться, в чем-то пересматриваться, однако огромная роль и важнейшее значение фактора семантики внутреннего восприятия в структуре зависимостей от ПАВ не вызывает сомнения.

4.6.8. Ведущая роль дефицитарности семантики внутреннего восприятия и патологических семантико-интрацептивных механизмов в структуре зависимости от ПАВ

В данном разделе мы постараемся обобщить представленные ранее аспекты важности и значимости внутреннего восприятия и его семантических механизмов в структуре патологической зависимости от ПАВ.

О ведущей роли дефицитарности семантики внутреннего восприятия и патологических семантико-интрацептивных механизмов в структуре зависимости от ПАВ можно говорить в свете следующих обнаруженных феноменов и предложенных теоретических гипотез: индивидуальные системы значений больного с зависимостью от ПАВ в процессе развития зависимости становятся диффузными, плохо структурированными, категориально бедными, деиерархизированными, ненормативными и неконвенциональными, заполненными пато-

логическими наркоманическими плохо дифференцированными, часто патологически метафоризированными значениями; при этом можно выделить параметры индивидуальной системы значений внутреннего восприятия, выступающие в качестве возможных факторов зависимости от ПАВ; эталоны внутреннего восприятия и, в первую очередь, эталон «обычного» самочувствия в процессе развития зависимости от ПАВ патологически трансформируются, в результате «обычное» до наркотизации самочувствие начинает субъективно восприниматься и означаться как дискомфорт, на фоне чего развиваются аффективные расстройства; важное место в структуре патологического влечения к ПАВ и зависимости от него занимают паттерны интрацептивных ощущений, выступающие в функции сигналов, стимулов к потреблению ПАВ, при этом действуют психосемантические механизмы, связывающие интрацепцию и поведение; при зависимости от ПАВ действует ряд патологических семантических и семиотических механизмов, способствующих развитию этой зависимости; трансформированное дефицитарностью индивидуальной системы значений сознание наркозависимого индивида можно квалифицировать как диффузное и недифференцированное; можно утверждать, что фактор телесности влияет на вероятность возникновения наркотизации, вероятность выхода наркозависимого в ремиссию и вероятность рецидива у находящегося в ремиссии наркозависимого; внутренний опыт в результате злоупотребления ПАВ наркоманизируется, наполняется «следами» деятельности по употреблению ПАВ и становится ресурсом наркотизации, фактором зависимости. Таким образом, в процессе злоупотребления телесные и особенно телесно-семантические, интрацептивные, семантико-интрацептивные факторы приобретают все большую роль и детерминируют зависимость от ПАВ.

Итак, роль дефицитарности семантики внутреннего восприятия и внутреннего опыта, равно как и патологических семантико-интрацептивных механизмов в структуре зависимости от ПАВ, мы можем квалифицировать как важнейшую, а их значение — как огромное, что делает исследования семантики внутреннего восприятия и опыта, патологических семантико-интрацептивных механизмов при зависимостях от ПАВ необходимыми и крайне актуальными.

ВОЗМОЖНОСТЬ
ОПИСАНИЯ
ИНДИВИДУАЛЬ
ВНУТРЕН
ВОЗМОЖНО
ПСИХОСЕМ
ИХ

глава, в принципе
жение к предыдущ
редственно о интр
зависимостями с
ютерной поддер
я, о некоторых воз
и моделированию
и о разработке ав
ательских систем.

5.1. Возможности
и моделиров
нечеткости м
связанных с в

Представляет и
и моделирован

Глава 5

ВОЗМОЖНОСТИ ФОРМАЛИЗОВАННОГО ОПИСАНИЯ И МОДЕЛИРОВАНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ СИСТЕМ ЗНАЧЕНИЙ ВНУТРЕННЕГО ВОСПРИЯТИЯ, ВОЗМОЖНОСТИ АВТОМАТИЗАЦИИ ПСИХОСЕМАНТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ИХ ИССЛЕДОВАНИЯ

Эта глава, в принципе, может рассматриваться как дополнение или приложение к предыдущим, поскольку речь в ней идет в основном не непосредственно о интрацептивно-семантических особенностях больных с зависимостями от ПАВ, а о возможностях математической и компьютерной поддержки исследований этих особенностей, в частности, о некоторых возможных подходах к формализованному описанию и моделированию нечеткости в индивидуальных системах значений и о разработке автоматизированных психосемантических исследовательских систем.

5.1. Возможности формализованного описания и моделирования обнаруженной повышенной нечеткости множеств элементов психического, связанных с внутренним восприятием, у больных опийной наркоманией

Представляет интерес возможность формализованного описания и моделирования наборов значений (например интрацептивных сло-

варей) с учетом их возможной нечеткости. Анализу подходов к такому моделированию посвящен данный раздел. При этом мы пока не ставили целью построить конкретную модель того или иного набора значений — это дело будущих исследований, а только пытались наметить пути и проанализировать возможности такого моделирования, по-видимому, весьма нужного и интересного в плоскости изучения субъективной семантики.

5.1.1. Неточность и неопределенность как свойства значений

Нужно поставить вопрос о неточности или нечеткости значений в их индивидуальных системах. Значения обладают различными свойствами неточности, от многозначности слов (означающих) до категориальной нечеткости — нечеткости отнесения значения к семантической категории.

Одним из источников неточности значений может быть «прагматическая неопределенность» механизмов индивидуальных систем значений. В теории нечетких систем существует понятие «прагматической неопределенности» — «прагматика определяет, каким образом адресат на основании информации, не заложенной в воспринимаемом выражении, выбирает из множества интерпретаций наиболее подходящую для данного случая» (Алексеев, Пронина, 1991, стр. 109), при этом выделяют прагматическую неопределенность первого рода — «когда не существует способа определить единственное смысловое значение фразы» из множества значений, и второго — «когда в процессе определения единственного смыслового значения фразы» в некоторый момент времени «критерии, с помощью которых это единственное смысловое значение выбирается, таковы, что не существует смысловых значений, удовлетворяющих этим критериям» (там же).

Другим возможным источником неопределенности значений может служить дефицитарность эталонов в механизмах и индивидуальных системах значений. Под эталонами понимают «нечто, принимаемое за образец, критерий, модель, пример или правило для сравнения

или сопоставления с эквивалентными объектами» (Нечеткие множества..., 1986, стр. 87).

«Неопределенность» в теориях принятия решений определяют как незнание или неспособность лицом, принимающим решение, «оценить вероятность того или иного состояния окружающей среды и результатов, проистекающих из нахождения среды в этом состоянии» (Трахтенгерц, 2001, стр. 3). Трансформируя это определение в плоскость индивидуальных систем значений, можно назвать неопределенность неспособностью оценить вероятность того или иного состояния индивидуальной системы значений и результатов, проистекающих из ее нахождения в этом состоянии.

Неопределенность вообще может быть вызвана неизвестностью, неполнотой (недостаточностью, недоопределенностью, неадекватностью, некорректностью) и неоднозначностью. В частности, в языке она может быть связана с омонимией, недостоверностью синонимии, неоднозначностью фраз (например, «священник попрекал ИХ СЕМЬЮ смертными грехами»), метафорами, синекдохами (Алексеев, Пронина, 1991) (по-видимому, также и другими видами метонимии – С.Е.). Называют такие типы неопределенности информации в системах поддержки принятия решений: неполноту информации, случайность, синонимию и неявность (вызванную умолчанием как свойством языка) (там же). Перечисленные виды неопределенности в той или иной степени могут быть источниками неточности или нечеткости значений в их индивидуальных системах.

5.1.2. Некоторые возможные факторы неопределенности значений при зависимостях от ПАВ

Неопределенность или нечеткость значений у индивида, возможно, говорит об определенной его инфантильности. Одновременно она может и проистекать из этой инфантильности. Ведь нечеткость значений свойственна этапу их освоения. Ребенок часто путает слова, неправильно употребляет их. Если мы условно выделим в самосознании индивида «инфантильное» ядро (или «инфантильную» позицию) – соответствующее младенческим, эгоцентрированным представле-

ниям о себе, и «конформное» ядро (позицию) — сформировавшиеся под влиянием необходимости сотрудничать с внешним миром, представления о себе как о частичке мира («конформное» ядро также можно было бы назвать условно рациональным или более рациональным по отношению к более иррациональному «инфантильному»), и допустим, что, осуществляя свою жизнедеятельность, индивид может находиться на какой-то из этих позиций или хотя бы предпочтительно находиться на какой-то из них, то можно предположить, что гедонистические формы поведения, такие, как потребление ПАВ, будут осуществляться с «инфантильной» позиции, при этом возможные диссонансы с требованиями внешнего мира будут разрешаться путем защитного повышения собственной грандиозности (это можно назвать формированием защитного «грандиозного» ядра внутри «инфантильного» — точнее, на его «границах» с «комформным» ядром) — ведь грандиозность «Я» позволяет игнорировать «маленький» и «ничтожный» мир. (Здесь интересна точка зрения Г. Кохута, определявшего аддикции как *нарциссические* поведенческие расстройства (Kohut, 1971).) Можно предположить, что в случае такой «грандиозности» — самосознания себя всемогущим и великим по отношению к маленькому и ничтожному миру, неопределенность значений будет иметь определенную выгоду для индивида-носителя «грандиозности», поскольку таким образом нивелируются «опасные» значения, демонстрирующие силу и могущество требующего комформности мира. Грандиозным можно быть только в условиях нечеткости и диффузности. Для гедонизма же определенность особенно и не нужна — она должна быть только достаточной для ощущения наслаждений. Неопределенность скрывает противоречия индивида и мира, позволяет индивиду считать себя не в опасном, злом и жестоком мире, а в своеобразном «инфантильном» раю. Как уже отмечалось выше (см. раздел 4.6.), гедонисту особая дифференцированность и структурированность индивидуальной системы интрацептивных значений и внутреннего опыта, в принципе, не необходима — ему достаточно только распознавать и дифференцировать сферхприятные гедонистические ощущения от всех остальных. Неопределенность системы значений даже выгодна для гедониста, поскольку служит своеобразной защитой от угрожающих проявлений внешнего мира — не дифференцируя эти проявления,

гедонист как бы отрицает их. Таким образом, мы можем рассматривать неопределенность значений и неструктурированность их индивидуальных систем как своеобразный «инфантильный» защитный механизм. По-видимому, этот механизм очень хорошо коррелирует с потреблением ПАВ – ПАВ доставляет удовольствие – а в «инфантильном» мире все подчинено принципу удовольствия, при этом ПАВ как бы не опасно, поскольку в «инфантильном» мире, где субъект так грандиозен, что во много крат сильнее и больше мира, никакой опасности для него просто быть не может. Любые же проявления «конформного» ядра самосознания, заставляющие индивида признать силу и статус мира, требующие приспособливаться к реальности, нивелируются за счет неопределенности значений – то, что неопределенно, не угрожает «инфантильному» индивиду, да и сами понятия «угрозы» или «опасности» тоже неопределенны и диффузны для него. Такая ситуация создает благодатную почву для «деятельности» гедонистических интрацептивных сигналов, которые в конечном итоге полностью подчиняют себе индивида. «Инфантильный» больной наркоманией полностью находится во власти наркотических ощущений, вся его жизнедеятельность – это потребление ПАВ. В случае отказа от наркотика и при невозможности злоупотребления другими ПАВ такой человек оказывается в ситуации экзистенциальной пустоты и обречен на полурастительное существование или регрессирует к состоянию младенца. В качестве примера такой регрессии можно привести больного Н., 16-ти лет, более года систематически употреблявшего героин инъекционно и проходившего амбулаторное лечение в отделении внебольничной помощи НИИ наркологии МЗ РФ. Ремиссия около 5-ти месяцев. Больной нигде не учился и не работал. Постоянно находился под присмотром матери, которая бросила работу, чтобы контролировать его. С целью изоляции больного от неблагоприятной социальной среды семья переехала в новый район на окраине Москвы. Н. не имеет никаких планов на будущее, не выходит из дома, целыми днями смотрит видеофильмы «про Фредди Крюгера» (маньяка из серии фильмов ужасов) или, по словам его матери, «ходит за ней по квартире как привязанный». В качестве причины начала наркотизации больной называл «влияние друзей» и то, что «все кололись». На просьбу психолога нарисовать «рисунок своей семьи» нарисовал Фред-

ди Крюгера и сказал, что очень любит его. В тесте «Спрятанные фигуры» Виткина не смог найти ни одной фигуры. Состояние Н. можно обозначить как состояние экзистенциального ступора, отказ от наркотика привел к полной десоциализации и отстранению от мира, больной демонстрирует регрессивное «инфантильное» поведение и неопределенность сознания. Отсутствующее у него «конформное Я» не позволяет ему нормально взаимодействовать с реальностью, а гедонизм после достаточно длительного злоупотребления героином сводится для него к наркотизации, которая исключается из-за перманентного внешнего контроля матери и жесткой изоляции от снабжающей его наркотиками социальной среды. Неопределенность сознания больного не позволяет ему начать «нормально» взаимодействовать с реальностью, делает его асоциальным и уводит в примитивный фантазийный мир фильмов ужасов.

«Отражение телесной сферы входит в структуру самосознания. Более того, согласно многим авторам, именно с формирования чувства собственного тела начинается развитие всего самосознания» (Мотовилин, 2001, стр. 1). Поэтому в рамках предложенной выше модели мы можем обозначить «инфантильную» и «конформную» телесность с соответствующими внутренними сигналами и ощущениями.

«Нормальный» интрацептивный сигнал, сигнал «обычного комфорта» мы можем обозначить как «конформный», согласующий индивида с миром. Патологические же сигналы влечения к ПАВ – как «инфантильные», как сигналы «инфантильного» ядра «Я».

Можно предположить, что существует некое общее свойство (качество) дифференцированности–организованности–упорядоченности–определенности (недифференцированности–диффузности–аморфности–неструктурированности–неопределенности) психического, которое пронизывает все его сферы – когнитивную, аффективную, личностную, интрацептивную, мотивационно-потребностную, поведенческую и т.д. Это свойство, точнее, его недостаточность, лежит в основе некоторых психических расстройств. Причиной такой недостаточности может быть патология механизмов сравнения, определения сходства, соответствия, различия, которые оперируют эталонами, порогами и т.п. Эта недостаточность может быть врожденной, детерминированной генетически или связанной с патологией ЦНС, или

формироваться в раннем онтогенезе. Помимо всего прочего она ведет к дефицитности, патологичности, неструктурированности опыта (в частности внутреннего опыта). В результате опыт не выполняет тех функций, которые должен. Это может быть деструктивным фактором в генезе или развитии психических расстройств – так, например, у больных шизофренией отмечают неусвоенность функции прошлого опыта (Критская и др., 1991), при неврозах говорят о недифференцированности «Я»-концепции (Кадыров, 1990), при личностных расстройствах – о неустойчивости самооценки, о легкой дестабилизации и искажении образа «Я» под влиянием разного рода мотивационных и аффективных факторов вследствие когнитивно-личностной недифференцированности (Соколова, 1989). Различные проявления общего свойства диффузности психического, различные виды такой дефицитности, по-видимому, можно объяснить действием различных компенсаторных или совладательных (копинговых) механизмов и различной степенью патологии механизмов сравнения. Следует отметить, что эти механизмы сравнения преимущественно неосознаваемые (даже, видимо, бессознательные), они не тождественны механизмам «обычной» сознательной логики. Среди механизмов совладания можно выделить механизмы с опорой на формальную (сознательную) логику, формирующиеся, например, у больных шизофренией, – но таковой механизм совладания обычно не слишком эффективен – шизофреническое мышление создает у больного трудности социализации и адаптации, а часто является фактором бредаобразования, любое нарушение опоры на прошлый опыт в деятельности ведет к иррациональности; механизмы совладания с опорой на внешнюю среду – механизмы полезависимости, по-видимому, присутствующие у опийных наркоманов, такие механизмы провоцируют нарушение субъектом границ «Я» – внедрение внешних агентов в «Я», как телесное, так и психическое, разрушение своего тела и т.п.

По-видимому, высокая неопределенность психического лежит в основе обнаруженной нами дефицитности функции внутреннего контроля, проявляющейся практически во всех сферах психического функционирования больных наркоманией (Тхостов и др., 2001а) – проведенное нами с помощью специально разработанного опросника (включавшего вопросы, отражающие различные проявления психо-

логических механизмов контроля: контроль в поведенческой сфере; контроль в эмоциональной сфере; контроль риска и опасности) исследование 100 больных опийной наркоманией (7 женщин и 93 мужчины) в возрасте от 16 до 35 лет (средний возраст — $23,5 \pm 1,24$ года), проходивших стационарное лечение в клинике института наркологии МЗ РФ, и статистически однородной по полу и возрасту (критерий Манна-Уитни, $p < 0,05$) контрольной группы из 95 человек (из которых — 10 женщин и 85 мужчин), не страдавших зависимостью от психоактивных веществ, в возрасте от 16 до 40 лет (средний возраст — $22,8 \pm 1,71$ года), показало, что у больных наркоманией отсутствуют адекватные способы контроля и овладения своими эмоциями — им свойственна эмоциональная лабильность, «охваченность» чувствами; в поведении недостаток внутреннего контроля проявляется у них в виде импульсивности, склонности к немедленному отреагированию вовне своих чувств и побуждений, что часто ведет к рискованному, виктимному и антисоциальному поведению. Было сделано предположение о распространении недостатка контроля и на когнитивную сферу больных наркоманией — такой недостаток контроля приводит к невозможности точной оценки риска и собственных действий, пониженной способности к рефлексии (там же). То, что обнаруженный недостаток внутреннего контроля у больных опийной наркоманией связан с фактором неопределенности психического, очевидно. Внутренний контроль предполагает наличие интериоризированных эталонов, систем координат, механизмов сравнения и регулирования — при высокой степени их неопределенности возможности контроля будут затруднены. Рассматривая внутренний контроль как обязательную составляющую любой произвольной деятельности, можно сделать вывод, что недостаточность (неопределенность) внутреннего контроля является фактором высокой неопределенности произвольной деятельности в целом.

5.1.3. Теория нечетких множеств

Степень нечеткости может варьировать. Тогда возникает вопрос, как формализованно описать и смоделировать различия нечеткости

элементов системы или их свойств и отношений, в частности элементов системы индивидуальных значений?

Подходя к неопределенности систем значений статистически, можно говорить о мере неопределенности системы значений (или даже о мерах ее неопределенности) как об энтропии – мере вероятности пребывания системы в данном состоянии. «Энтропийные» подходы к биологическим или психологическим системам уже довольно часто использовались. Например, по мнению А.И. Быховского, «благодаря информационным сигналам, поступающим в живую систему и аппарат ее управления, устанавливаются дополнительные функциональные связи между различными ее элементами, то есть увеличивается организованность этой системы и уменьшается ее энтропия» (Быховский, 1965, стр. 120). Другим подходом к описанию неопределенности систем значений может быть методология нечетких множеств.

Теория нечетких множеств, предложенная Л. Заде (Zadeh, 1965), является одним из способов математического описания и моделирования неточности.

«Классы объектов, встречаемых в реальном физическом мире, не имеют точно определенных критериев членства» (Zadeh, 1965, стр. 338), «такие неточно определенные «классы» играют важную роль в человеческом мышлении, особенно в сферах распознавания образов, информационной коммуникации и абстрагирования» (там же). Методология нечетких множеств имеет широкий спектр применения, она «обеспечивает естественный способ подхода к проблемам, в которых отсутствие четко определенного критерия принадлежности к классу является большим источником неточности, чем наличие случайных переменных» (там же, стр. 339).

Как задать нечеткое множество? Нужно атрибутировать каждому элементу набора (обычного множества) значение функции принадлежности. Пусть X – совокупность объектов (точек) x , т.е. $X = \{x\}$. Тогда нечеткое множество A на X задается функцией принадлежности $\mu_A(x)$ (или просто μ_A) (часто используется также буква f – $f_A(x)$, f_A и т.п.), которая сопоставляет каждому x число из интервала $[0, 1]$, являющееся степенью принадлежности (членства) x к A . Чем ближе величина $\mu_A(x)$ к единице, тем выше степень принадлежности x к A , и наоборот, чем величина $\mu_A(x)$ меньше, тем ниже степень принадлежности x к A .

(Нечеткие системы..., 1989). Таким образом, «нечеткое множество является классом, объектом с континуумом уровней принадлежности», характеризуемое «функцией принадлежности (членства), которая устанавливает для каждого объекта уровень принадлежности (членства) в диапазоне между нулем и единицей» (Zadeh, 1965, стр. 338). Нечеткое множество является «пустым», если функция принадлежности равна нулю для всех x (т.е. для X). Нечеткие множества A и B называются равными, если $\mu_A(x) = \mu_B(x)$ для всех x из X (там же).

По мнению автора теории нечетких множеств Л. Заде, «человек мыслит не числами, а нечеткими понятиями» («Нечеткие» множества в моделях..., 1986, стр. 12). Человек живет в реальном мире, а многие из систем, встречаемых в реальном мире, слишком сложны и/или слишком плохо определены, чтобы подлежать точному анализу. Концепция нечеткого множества, т.е. класса, который допускает промежуточные состояния членства в нем, открывает возможности анализа таких систем как качественно, так и количественно (Zadeh, 1969). Алгоритмы, позволяющие моделировать нечеткие системы с помощью нечетких множеств, называют нечеткими алгоритмами, которые могут быть рассмотрены как обобщение через процессы «обнечечивания» (fuzzification) конвенционального понимания алгоритмов. Простейшими примерами нечетких алгоритмов могут быть следующие инструкции: «Если x – большое, увеличьте y на несколько единиц» или «Выберите y в интервале от ... до ..., если x находится в интервале от ... до ...». Такие инструкции называют нечеткими инструкциями (Zadeh, 1968).

Вопрос о том, «какова наилучшая мера неопределенности, неясности и неточности» в информатике, на сегодня остается без убедительного ответа (Нечеткие множества и теория..., 1986). В парадигме нечетких множеств неточность определяется функцией принадлежности. Однако «теория нечетких множеств не предлагает рационального или эмпирического метода определения значения функции принадлежности» (Нечеткие множества и теория..., 1986, стр. 38), хотя в ряде областей науки и существуют попытки разработать стандартизированные экспертные методы «построения» принадлежности («Нечеткие» множества в моделях..., 1986). В общем же случае метод определения или атрибуции значений функции принадлежности (членства)

определяется в каждом конкретном случае задачами исследования или моделирования.

Неточность и неопределенность часто вводится в научные модели с помощью понятий и методов теории вероятности, но иногда источником неточности является не наличие случайной величины, а появление класса (классов), не имеющего строго определенных границ (Нечеткие системы..., 1989). Р. Беллман и Л. Заде в книге «Принятие решений в неопределенной среде» пишут: «Большая часть принятия решений в реальном мире происходит в среде, где цели, причинно-следственные связи и последствия возможных действий не известны точно. Когда мы количественно имеем дело с неточностью, мы обычно используем понятия и техники теории вероятности, в особых случаях, инструменты, которые нам дают теория принятия решений, теория управления и теория информации. Делая это, мы молчаливо принимаем положение, что неточность, какой ни была бы ее природа, может быть приравнена к случайности. Это, на наш взгляд, допущение сомнительное. Отличие нашей точки зрения состоит в том, что существует необходимость дифференциации между случайностью и нечеткостью, поскольку именно последняя является основным источником неточности во многих процессах принятия решений. Под нечеткостью мы понимаем тип неточности, который связан с использованием нечетких множеств, то есть классов, в которых не существует четкого перехода от членства к нечленству. ... Действительно, резкий контраст с понятием класса или множества в математике составляет то, что большинство классов реального мира не имеют жестких границ, которые отделяют объекты, принадлежность которых к классу находится под вопросом, от тех, которые к нему не принадлежат» (Bellman, Zadeh, 1970, стр. 3). При этом нечеткие утверждения типа «блестящее будущее», «несколько выше», «намного больше» и т.п. при коммуникации между людьми понятно передают информацию. Люди обладают способностью манипулировать нечеткими понятиями и следовать нечетким инструкциям. Каково различие между случайностью и нечеткостью? В основном, случайность должна иметь дело с неопределенностью относительно членства или нечленства объекта в нечетком множестве. Нечеткость же... должна иметь дело с классами, в которых могут быть уровни членства, промежуточные между полным

членством и нечленством» (там же). Значительное число реальных сред принятия решений является смешанным, т.е. в них неточность происходит как от случайности, так и от нечеткости.

Очевидно, что нечеткие множества являются хорошим средством формализованного описания и моделирования различной неточности в индивидуальных системах значений или детерминированных нечеткостью или многозначностью свойств этих систем психических процессов.

На основе нечетких множеств можно выработать правила решения задач диагностики, прогноза и т.п. в условиях нечетких переменных и/или нечетких отношений между переменными. Это представляет интерес для задач психодиагностики, открывает возможности разработки экспертных психодиагностических систем.

5.1.4. Возможности формализованного описания и моделирования индивидуальных систем значений внутреннего восприятия с помощью теории нечетких множеств

Теория нечетких множеств — одна из методологий для обращения с неопределенностью, неясностью, нечеткостью и неточностью — а именно эти свойства, как мы предположили, основываясь на результатах проведенных исследований интрацептивных словарей, характерны для индивидуальных систем значений внутреннего восприятия больных опийной наркоманией.

Нужно также отметить, что сленг опийных наркоманов отличается высокой степенью омонимии и синонимии. Интересна многозначность некоторых слов сленга наркоманов. Слов в этом сленге обычно немного и некоторые из них имеют высокий уровень многозначности. Так, например, слово «мутить» может означать «искать наркотик», а может — «разводить чем-либо героин».

Квалифицированная у больных опийной наркоманией неструктурированность внутреннего опыта, по-видимому, ведет к диффузности, «размытости» его категорий. А чем больше «размыта» категория, тем сложнее ее определять и исследовать «четкими» методами — не-

четкие множества здесь представляются наиболее адекватным инструментарием.

Рассуждая о неопределенности, задаваемой возможностью многозначности решений или неполнотой стимульной информации, В.П. Критская, Т.К. Мелешко и Ю.Ф. Поляков (1991, стр. 29) говорят, что «снятие неопределенности» требует «опоры на прошлый опыт, на систему знаний о значимости функций и свойств предметов, на обобщенные образы-эталоны, которые формируются в процессе взаимодействия ребенка с миром вещей, опосредствованного его общением со взрослыми и сверстниками». Поскольку, как можно предположить, многие обобщенные образы-эталоны при злоупотреблении психоактивными веществами трансформируются или разрушаются, становятся диффузными, больные с зависимостями от них приобретают проблемы с таким «снятием неопределенности». Последнее определенно относится и к эталонам индивидуальных систем значений.

Как «размытость» категорий, так и диффузность эталонов, равно как и другие проявления неточности в индивидуальных системах значений, можно формализованно описать и моделировать с помощью методологии нечетких множеств.

Использование нечетких множеств, в которых отнесенность к множеству определяется функцией принадлежности, принимающей значения от 0 — «полная не принадлежность» до 1 — «абсолютная принадлежность», представляется весьма интересным при решении задач моделирования индивидуальных систем значений. Причем, чтобы математически описать неопределенность значений одновременно в нескольких аспектах, можно построить модель индивидуальной системы значений как совокупности нечетких множеств.

Интересно, что нечеткие множества могут быть характеризованы четкими подмножествами (т.е. подмножествами с функцией принадлежности, равной 0 или 1), которые можно в них выделить.

Обнаруженную у больных опийной наркоманией высокую степень нечеткости индивидуальных систем значений внутреннего восприятия мы можем в плоскости нечетких множеств рассматривать как повышенную нечеткость множеств элементов психического, связанных с внутренним восприятием у таких больных — где как повышенную нечеткость мы понимаем большее количество в таких множествах

элементов с функцией принадлежности, неравной 0 или 1 (или не округляемой по определенным правилам до 0 или 1) (т.е. «четких» подмножеств нечетких множеств).

Нечеткие множества могут помочь в моделировании как свойств «содержания» индивидуальных систем значений – индивидуальных словарей, так и отношений между значениями в их индивидуальной системе. В частности, могут моделироваться и индивидуальные «подсистемы» значений – например связанных с внутренним восприятием значений и т.п. Для примера предложим следующие схемы.

1. Схема описания индивидуального словаря

В индивидуальном словаре, рассматриваемом как набор значений, слов, мы можем определить функцию принадлежности, соотнося каждому слову число, которое характеризует определенное свойство значения. Словарь можно проранжировать по значениям этой функции, например от самого высокого к наименьшему показателю принадлежности. Функция принадлежности может характеризовать, например, степень усвоенности значений субъектом.

Пусть X – множество всех значений, выработанных общественным сознанием; пусть для каждого субъекта I существует функция $F_I(X)$, определяющая степень усвоенности значений этим субъектом (или степень представленности значений в индивидуальной системе значений субъекта) – то есть каждому значению множества X функция $F_I(X)$ соотносит число (от 0 до 1), характеризующее усвоенность этого значения субъектом I ; пусть существует $N(X)$, определяющая отнесенность значений множества X к определенной категории или классу значений N (например «значения, которые можно использовать для описания внутренних ощущений»), то есть каждому значению множества X функция $N(X)$ соотносит число (от 0 до 1), характеризующее принадлежность этого значения к заданному классу (категории) значений N ; тогда $N(X) \cdot F_I(X)^*$ определяет индивидуальный

* Формулами, в которых несколько функций перечислены через точку (умножение) (например $N(X) \cdot F_I(X)$), мы будем обозначать нечеткие наборы (множества), где каждому элементу приписано несколько функций принадлежности одновременно, и при этом в принципе существует возможность операции конъюнкции над этими функциями (т.е. определение «пересечения» нечетких множеств). Мы не ставим здесь задачу определения формулы вычисления общей «пересекающей» (или конъюнктивной) функции принадлежности на основании «пересекающихся». (Хотя конъюнк-

словарь определенного класса (категории) значений (например словарь «внутренних ощущений»). Возможны и упрощенные случаи, когда одна из функций ($N(X)$ или $F_i(X)$) задает не нечеткое, а обычное множество (то есть может принимать значения только 0 – не принадлежность, или 1 – принадлежность). Тогда, в случае нечеткости $N(X)$ (и соответственно «обычности» $F_i(X)$), то есть когда $F_i(X)$ определяет только принадлежность/не принадлежность к множеству усвоенных субъектом I значений, $N(X) \cdot F_i(X)$ выделяет из нечеткого множества $N(X)$ все усвоенные субъектом I значения. А в случае нечеткости $F_i(X)$ (соответственно «обычности» $N(X)$), то есть когда $N(X)$ определяет только принадлежность/не принадлежность значения классу (категории) N , $N(X) \cdot F_i(X)$ определяет индивидуальный словарь значений класса N субъекта I без учета степени принадлежности значений к такому классу. В случае «обычности» обеих функций (как $N(X)$, так и $F_i(X)$) $N(X) \cdot F_i(X)$ определит индивидуальный словарь значений класса N субъекта I без учета как степени принадлежности значений к такому классу, так и степени усвоенности значения субъектом – то есть как «обычное» множество и $N(X) \cdot F_i(X)$ сможет принимать лишь значения или 0, или 1.

Конъюнктивная функция принадлежности для каждого элемента множества может получаться в принципе, например, умножением значений функций, перечисленных в формуле, – то есть для каждого элемента набора функция «пересечения» получается перемножением атрибутированных этому элементу «пересекающимися» функция-принадлежности чисел [показателей степени принадлежности]. А в других случаях – в зависимости от «содержания» функций принадлежности – конъюнкция может определяться и другими формулами, например $\min(f_1, f_2, \dots, f_i)$ или $\max(f_1, f_2, \dots, f_i)$, где f_i – функции принадлежности, атрибутирующие каждому элементу множества ряд чисел – показателей степеней принадлежности, а \min и \max – соответственно минимальное или максимальное значения из ряда атрибутированных элементу множества функциями принадлежности значений [чисел – показателей степени принадлежности].) В контексте данного раздела имеет значение то, что существуют возможности определения исследуемых наборов (интрацептивных словарей) не одной, а несколькими функциями принадлежности одновременно, вычисление же объединяющей функции принадлежности – отдельная и определяемая конкретными исследовательскими условиями задача. Говоря, что $N(X) \cdot F_i(X)$ определяет индивидуальный словарь определенного класса, мы здесь имеем в виду влияние на принадлежность к нечеткому набору (множеству) двух факторов, формализованных как функции принадлежности $N(X)$ и $F_i(X)$.

В психосемантических тестах, в основе которых лежит метод классификации (Miller, 1968, 1971), испытуемому предлагается определить отнесенность значений из стимульного набора (множества) к определенному классу (или сразу нескольким классам) – например, в тесте «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений» (Елшанский, 1999) мы предлагали испытуемому выбрать слова (значения), которые подходят для описания внутренних телесных ощущений (этап 1 теста). В случае если мы предполагаем, что степень усвоенности испытуемым значений стимульного набора (предъявлялось 80 дескрипторов – множество x) нечеткая (то есть существует $f_1(x)$) («маленькие» знаки для функций мы будем использовать, говоря о конкретном наборе, конкретном множестве – в данном случае наборе теста ВДИО, а «большие» – о множестве вообще – например обо всех возможных интрацептивных значениях), соотносящая каждому из 80 стимульных значений число в диапазоне от 0 до 1, определяющее степень усвоенности испытуемым I этих значений), и что степень принадлежности предъявляемых значений нечеткая (то есть существует $p(x)$, соотносящая каждому из 80 стимульных значений число в диапазоне от 0 до 1, определяющее степень отнесенности данного дескриптора к классу значений, подходящих для описания внутренних телесных ощущений – реальная (для данного конкретного набора) функция $p(x)$ может быть, при необходимости использования ее в исследованиях, получена путем тестирования достаточно большой выборки респондентов – действительно, дескриптор «боль» выбирается намного чаще, чем, например, дескриптор «мохнатый» – в этом случае частотность выборов/невыборов значений будет определять «нормативность» или «конвенциональность» выбора значения и может служить оценкой функции $p(x)$, другим способом формирования этой функции может быть привлечение экспертов – собственно, набор дескрипторов теста «Классификация ощущений» (Тхостов, Ефремова, 1989; Ефремова Тхостов, 1990), модификацией которого является методика «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений», и был составлен путем отбора 25-ю психологами-экспертами из 1360 слов исходного набора (Тхостов, 2002, см. также выше), хотя при этом никак не определялась функция принадлежности, а лишь фиксировалось включение/невключение дескриптора в стимульный набор – то есть формировалось не нечеткое, а

«обычное» множество, и словарь, квалифицируемый с помощью теста ВДИО, — «четкий», выбор/невыбор испытуемым дескриптора аналогичен включению/невключению его в четкое множество — «четкий» словарь), то $n(x) \cdot f_i(x)$ определяет для каждого испытуемого I его индивидуальный интрацептивный словарь — точнее, его «методически видимую» часть, так как могут существовать значения, относящиеся к индивидуальному словарю испытуемого (то есть для которых $N(X) \cdot F_i(X)$ больше 0) и не вошедшие в стимульный набор значений (80 дескрипторов). При этом, поскольку реальное использование значения субъектом четкое (как в методической процедуре теста «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений» — осуществляется или выбор или невыбор, так и, по-видимому, при фактическом использовании значения «в жизни» — конкретное использование значения в момент времени t позволяет предполагать его «четкую» отнесенность к интрацептивному словарю в этот момент), то можно предположить наличие для значения j некоего порогового значения $n(x_j) \cdot f_i(x_j)$. То есть для каждого значения множества x существует $l_{xj}(t)$, такое, что для каждого момента времени t при $n(x_j) \cdot f_i(x_j) < l_{xj}(t)$ $s_i(x_j) = 0$, а при $n(x_j) \cdot f_i(x_j) > l_{xj}(t)$ $s_i(x_j) = 1$, где $s_i(x_j)$ — «четкая» функция принадлежности значения j множества x к индивидуальному словарю субъекта I , определяемого классом N . При $n(x_j) \cdot f_i(x_j) = l_{xj}(t)$ значение $s_i(x_j)$ не определено, условно можно предполагать пороговое $s_i(x_j) = 0$. Какими факторами определяется $l_{xj}(t)$ в конкретные моменты, когда необходима актуализация значения — в момент выбора субъектом слова в тесте или при необходимости отражения сознанием субъекта внутреннего телесного ощущения? По-видимому, это может быть степень активности сознания субъекта, также на величину порога, вероятно, могут влиять и другие ситуативные факторы. При необходимости учета изменений в индивидуальном словаре с течением времени можно определить и $n(x)$ или $f_i(x)$ (соответственно и $N(X)$ и $F_i(X)$) как зависимые от времени функции, или ввести дополнительную ситуативную функцию $t(x)$ (соответственно $T(X)$) и определять индивидуальный словарь как $n(x) \cdot f_i(x) \cdot t(x)$ для части словаря, соотнесенного со стимульным набором теста (и соответственно $N(X) \cdot F_i(X) \cdot T(X)$ для всего словаря). Тогда функции $t(x)$ и $T(X)$ будут определять степень актуализированности значений в конкретный момент и будет возможным проследить

возрастание принадлежности значения к индивидуальному словарю по мере его усвоения ($F_i(X)$ или $f_i(x)$ в этом случае будут характеристикой максимально возможной усвоенности значения субъектом) или снижение такой принадлежности в случае если оно по какой-либо причине теряет свою актуальность для субъекта – например, в случае исследования интрацептивного словаря при выздоровлении субъекта будет снижаться актуальность значений, которые были ему необходимы для сознания болезни – боль, слабость и т.д. Отмечу, что предложенное описание представляет собой лишь схему или модель индивидуального словаря и может по мере необходимости модифицироваться путем введения дополнительных функций или упрощения предложенных.

Разработка методов оценки функций $f_i(x)$ или $n(x)$ (и других возможных) представляется вполне возможной. В случае $f_i(x)$ это может быть как непосредственная оценка степени принадлежности значения к исследуемому множеству испытуемым (например, численная – в определенном диапазоне баллов, или с помощью визуализированной шкалы – аналогично различным вариациям методики Дембо-Рубинштейн), так и получаемая на основе методических процедур – одного или нескольких ретестовых исследований и т.п. О возможностях оценки $n(x)$ уже говорилось выше. Построение «нечетких» индивидуальных словарей может быть полезным в психодиагностической практике.

2. Схема описания совокупности индивидуальных словарей

Частотность наличия значения в индивидуальных словарях группы (выборки) субъектов (или выбор этого значения в тесте классификации как относящегося к определенной категории (классу)) также может быть описана с помощью функции принадлежности. В этом случае такая функция принадлежности может выступать: 1) оценкой вероятности наличия значения в индивидуальном словаре представителя популяции, соответствующей данной выборке (как в индивидуальном словаре вообще, так и в индивидуальном словаре определенного класса значений – например интрацептивном); 2) оценкой нормативности этого значения для совокупности индивидуальных словарей популяции, соответствующей данной выборке, – то есть оценкой того, насколько это значение «нормально» или характерно для

индивидуального словаря представителя этой популяции (аналогично 1 — как в индивидуальном словаре вообще, так и в индивидуальном словаре определенного класса значений).

То есть, в самом общем случае, для множества всех значений, выработанных общественным сознанием, — X , существует $F(X)$, определяющая степень усвоенности этих значений всеми субъектами — можно сказать, общественным сознанием (или степень представленности значений в индивидуальных системах значений всех субъектов). То есть каждому значению множества X функция $F(X)$ соотносит число от 0 до 1, характеризующее усвоенность этого значения всеми субъектами. При «четкости» степени усвоенности значений каждым отдельным субъектом (или «четкости» степени представленности значений в индивидуальной системе значений каждого отдельного субъекта) — функции $F_1(X)$ (то есть, когда эта функция может принимать лишь значения 0 или 1 — упрощенный случай) и «четкости» функции $N(X)$, определяющей отнесенность значений множества X к определенной категории или классу значений N (см. выше), совокупность индивидуальных словарей определенного класса (категории) значений (например словарей «внутренних ощущений») для всех значений класса N , то есть в данном случае для всех значений, для которых $N(X)=1$, определяется $F(X)$ (назовем эту функцию $F_N(X)$). При этом $F_N(X)$ может быть получена различными способами. Самым простым путем оценки этой функции является, вероятно, ее определение относительным числом выборов значений в тестах классификации (то есть путем вычисления отношения количества выборов в группе к максимуму возможному числу таких выборов, равному объему выборки).

Случаи «нечеткости» функций принадлежности $F_1(X)$ и/или $N(X)$ представляются достаточно сложными для конкретного практического применения и анализа, однако описание совокупности индивидуальных словарей с помощью нечетких множеств определенно может иметь место и в этих случаях. В этих случаях функция нечеткости совокупности словарей $F(X)$ (в конкретном случае $f(x)$) соотносится с каждым индивидуальным словарем $N(X) \cdot F_1(X)$ (в конкретном случае — $n(x) \cdot f_1(x)$ и т.п.), то есть может быть определена $F(N(X) \cdot F_1(X))$ (соответственно $f(n(x) \cdot f_1(x))$). Поскольку $N(X)$ определяет отнесенность значений множества X к определенной категории или классу значе-

ний N вообще — в общественном сознании, формула совокупности нечетких словарей может быть представлена также в виде $N(X) \cdot F(F_1(X))$ (соответственно $n(x) \cdot f(f_1(x))$), или как $F(X) \cdot N(X) \cdot F_1(X)$ (соответственно $f(x) \cdot n(x) \cdot f_1(x)$). Однако если в последнем случае мы задаем независимую функцию принадлежности $F(X)$, характеризующую степень принадлежности каждого значения множества X к совокупности словарей, и тогда встает вопрос о соотнесенности (зависимости) $F(X)$ и $N(X)$, то в первом и втором случае встает вопрос оценки $F(N(X) \cdot F_1(X))$ или $N(X) \cdot F(F_1(X))$. Очевидно, что при «четкости» $N(X)$ совокупность индивидуальных словарей описывается для всех $N(X)=1$ формулой $F(X) \cdot F_1(X)$.

3. Схемы описания отношений между значениями в индивидуальном словаре

Отношения между значениями в индивидуальном словаре или в совокупности индивидуальных словарей также могут быть описаны с помощью нечетких множеств. В самом простом случае мы ограничимся описанием множества отношений всех возможных пар значений каждого словаря. В более сложных случаях — описанием множества отношений различных (троек, четверок и т.п.) вплоть до всех возможных комбинаций значений словаря. В случае описания словаря значений, относящихся к определенной категории или классу, определенно может возникнуть необходимость учитывать возможность отношений не только между значениями, относящимися к такой категории, но и между этими значениями и другими возможными. Рассмотрим самый простой случай — отдельный индивидуальный словарь, отношения только между парами значений, отсутствие необходимости учета отношений со значениями, не входящими в словарь (то есть с теми значениями, отнесенность которых к словарю конкретного класса значений в общественном сознании равна 0). Определим Y как множество всех возможных пар множества значений X . Если число элементов множества X равно n , то число таких пар будет равно $n \cdot (n-1)$. При этом для каждого элемента множества X существует $n-1$ возможных пар. Пусть Y_x — множество всех пар значений, образованных с элементом x множества X . Тогда для каждого x множества X можно задать функцию принадлежности $G_x(Y_x)$, определяющую некоторый аспект отношений значения x с другими значениями мно-

жества X . Это может быть степень ассоциированности, которую для пары значений x_1 и x_2 можно определить как вероятность обнаружения в фокусе сознания значения x_2 при помещении туда x_1 . Очевидно, что степень ассоциированности x_1 по отношению к x_2 может быть отличной от степени ассоциированности x_2 по отношению к x_1 . Вообще функция принадлежности $G_x(Y_x)$ (в случае нескольких (z) — функции $G_{x1}(Y_x)$) может определять самые различные аспекты отношений между значениями. Например, это может быть «степень логичности» отношений между значениями, тогда для пары значений x_1 и x_2 функция принадлежности будет оценкой возможности установить логическое соответствие между значениями пары (отношения равенства/неравенства — например синонимы/несинонимы; или возможность получения значения x_1 путем логических преобразований x_2 и т.д.; оценка такой возможности может быть и просто субъективной, и определять путем тестирования с применением специально разработанных методик — см. ниже), или это может быть «степень аффективности» отношений между значениями пары — субъективно определяемая оценка аффективности связи, это может быть оценка близости объемов понятий, оценка возможности образования нового значения на основе этой пары, оценка отнесенности к той или иной категории (классу) значений и т.д. В случае совокупности индивидуальных словарей может быть определена функция $G_x(Y_x)$, характеризующая степень группировки значений (частота отнесения двух значений пары в одну группу испытуемыми исследуемой выборки) в тестах группировки (см. ниже). По результатам таких тестов может быть задана функция принадлежности значений к хорошо группируемым значениям или функция принадлежности к значениям, группируемым в большие группы — по показателям включенности/невключенности в группы и/или по объему таких групп — также характеристики отношений между значениями в индивидуальном словаре и т.д. При категориальном анализе совокупности индивидуальных словарей может быть задано множество исследуемых классов значений Q и определена функция принадлежности $K(Q)$, показывающая степень освоенности различных семантических классов той или иной группой испытуемых — задаваемая, например, средней частотой выборов значений различных категорий испытуемыми в тестах классификации. Построение «не-

четких» множеств отношений между значениями в индивидуальных словарях может быть полезным в исследованиях ассоциативных механизмов и в психодиагностической практике.

С помощью нечетких множеств можно также описать и обозначить неопределенность, например, множества интрацептивных сигналов, в котором выделить подмножества четких положительных (А), нечетких (отношение которых к положительным или отрицательным не определено, или определено с определенной вероятностью) (В) и отрицательных интрацептивных сигналов (С). При этом если подмножество В отдельного субъекта велико (больше «нормы»), то индивид может испытывать высокую тревогу или другие негативные чувства и поэтому пытаться изменить сигналы так, чтобы увеличить (расширить) подмножество А. Для этого он может начать употреблять ПАВ.

Нечеткие множества можно использовать и для описания результатов тестирования с помощью теста «Спрятанные фигуры» Виткина. Пары простая—сложная фигура могут быть представлены как нечеткое множество. Функция принадлежности определяет возможность нахождения индивидом простой фигуры в сложной в конкретный момент времени. Эта функция будет уменьшаться со временем (у полезависимых индивидов это, по-видимому, выражено в большей степени) — то есть вероятность нахождения простой формы в сложной фигуре уменьшается. Устойчивость функции принадлежности во времени определяется количеством изменений, происходящих в ней за определенный промежуток времени.

Учитывая результаты проведенных эмпирических исследований, можно предполагать, что построенные с помощью теории нечетких множеств модели индивидуальных систем значений больных с зависимостями от ПАВ и здоровых индивидов будут иметь основным отличием направленность тенденций описанных выше функций принадлежности. В случае здоровых субъектов эти функции будут стремиться к 1 или 0, в случае же больных с зависимостями от ПАВ — к 0,5. То есть, например, функция принадлежности значения к усвоенным субъектом значениям (множеству усвоенных значений) $F_i(X) \rightarrow 1$ или $F_i(X) \rightarrow 0$, что можно также записать как $0 \leftarrow F_i(X) \rightarrow 1$ для здоровых субъектов и $F_i(X) \rightarrow 0,5$ для больных с зависимостями от ПАВ (где 0,5 — значение «наибольшей нечеткости» для функции принад-

В. 2
ности). Подобр
етных выше
ых субъектов и
— $P(X) \rightarrow 1$ для
зависимостями от
— $Y) \rightarrow 0,5$ для б
Максимально
альную систему
множеств, в котор
допуская некое ми
систему как набор
не $|0,5 - f(x)| \leq \epsilon$
числа ϵ , где $f(x)$ —
жения.

Для наглядно
чески (рис. 54).

Пусть это буд
интрацептивных
могут быть изобр
на самом деле их
показывает усво
тивного, отмечен
значения — их фу
неосвоенные дан
функция принад

лежности). Подобные формулы можно записать и для остальных определенных выше функций принадлежности: $0 \leftarrow N(X) \rightarrow 1$ для здоровых субъектов и $N(X) \rightarrow 0,5$ для больных с зависимостями от ПАВ; $0 \leftarrow T(X) \rightarrow 1$ для здоровых субъектов и $T(X) \rightarrow 0,5$ для больных с зависимостями от ПАВ; $0 \leftarrow G_x(Y_x) \rightarrow 1$ для здоровых субъектов и $G_x(Y_x) \rightarrow 0,5$ для больных с зависимостями от ПАВ и т.д.

Максимально недифференцированную или диффузную индивидуальную систему значений можно определить как набор нечетких множеств, в котором все показатели принадлежности равны 0,5. Или, допуская некое минимальное приближение, мы можем обозначить эту систему как набор нечетких множеств, в которых абсолютное значение $|0,5 - f(x)| < \text{некоторого малого действительного положительного числа } \varepsilon$, где $f(x)$ — функция принадлежности, а ε — показатель приближения.

Для наглядности можно изобразить нечеткое множество графически (рис. 54).

Пусть это будет изображением множества освоенных субъектом интрацептивных значений. Все возможные интрацептивные значения могут быть изображены как столбики или пустые кружочки (конечно, на самом деле их намного больше, чем на рисунке). Длина столбика показывает усвоенность значения субъектом в качестве интрацептивного, отмеченные знаком «*» столбики — максимально освоенные значения — их функция принадлежности равна 1, пустые кружочки — неосвоенные данным субъектом значения («пустые» значения) — их функция принадлежности к множеству освоенных субъектом интра-

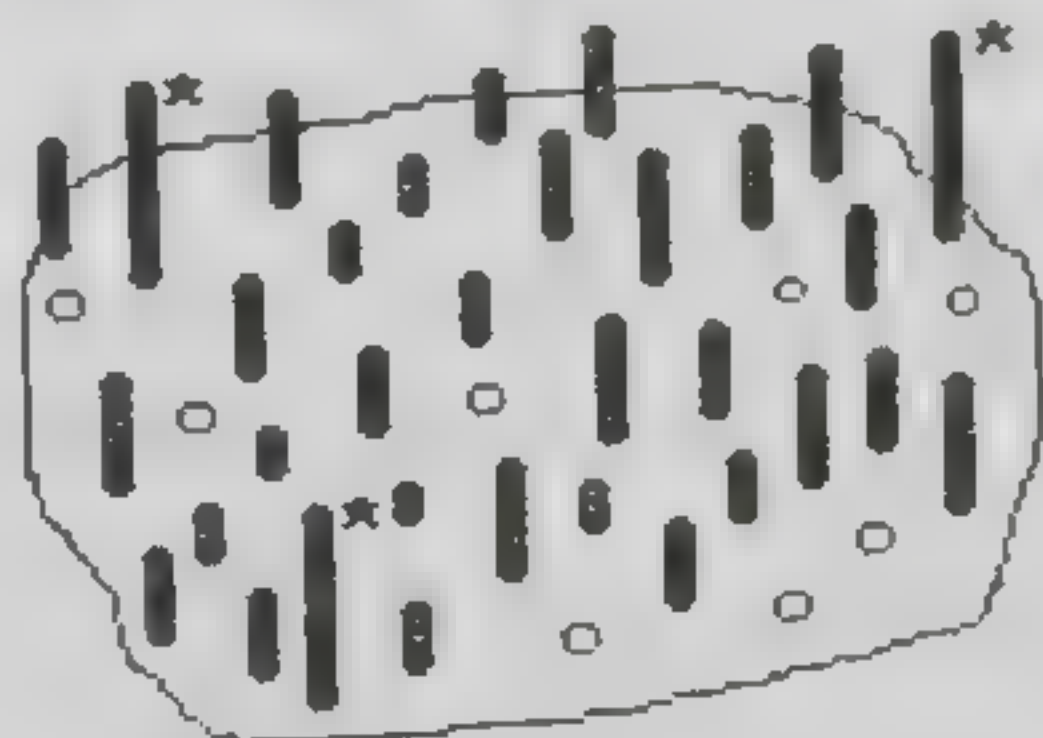


Рис. 54. Графическое представление нечеткого множества

цептивных значений равна 0. Для здоровых субъектов длины столбиков будут стремиться к максимальной или к нулю, для потребителей ПАВ к половине длины максимального столбика (т.е. к 0,5). Предположительно, число неосвоенных в качестве интрацептивных значений (пустые кружки на рисунке) у здоровых будет больше, равно как у них будет больше и число значений с функцией принадлежности, равной 1 (столбики с максимальной длиной).

Возникает вопрос, как методологически оценить описанные выше функции принадлежности? Если речь идет о совокупности индивидуальных словарей — о части популяции, то это можно сделать, например, по частотности отнесения индивидами значений к тому или иному множеству — с помощью теста типа ВДИО и т.п. Такая функция принадлежности будет характеризовать однородность/неоднородность словарей в популяционной группе. Для того же, чтобы с помощью функций принадлежности описать степень неопределенности значений в их индивидуальной системе, потребуется оценка этих функций для каждого индивидуального словаря отдельно.

Как может быть произведена «оценка», квалификация функций принадлежности значений в отдельном словаре? Они могут быть оценены по частоте употребляемости этих значений субъектом в определенных ситуациях; с помощью ретестовых исследований методами, описанными в главе, посвященной эмпирическим исследованиям (если респондент в части ретестов относит какое-либо слово к словарю, а в части — нет, то следовательно принадлежность этого слова к индивидуальному словарю этого испытуемого нечеткая, т.е. функция принадлежности этого слова не равна нулю или единице — например, в случае одного ретеста: при отнесении (выборе) слова к словарю как в случае теста, так и в случае ретеста функция принадлежности оценивается как 1, в случае неотнесения и в тесте, и в ретесте — как 0, а в случае одного отнесения и одного неотнесения — как 0,5 и т.п.; интересно, что проведенный нами на двух испытуемых через 6 лет ретест с помощью методики ВДИО показал изменение выбора/невыбора 26 и 25 из 80 дескрипторов (1 задание теста), причем из 9 дескрипторов, выбор/невыбор которых был изменен в обоих случаях, 7 относилось к классу «диффузных», 6 — к классу «существительных» и 6 — к классу «психических»); а также и самим субъектом с помощью балльной

шкалы (при этом вопрос инструкции может звучать примерно так: «оцените, пожалуйста, степень возможностей (способность) данного слова описывать внутренние телесные ощущения», и т.п.) или аналогично измерениям, предлагаемым методикой Дембо-Рубинштейн – с помощью метки на линии (инструкция будет подобной предложенной выше). Оптимальным же является, конечно, разработка более сложных, комплексных и учитывающих многие факторы и требования конкретных задач исследования методов оценки функций принадлежности к нечетким множествам индивидуальных систем значений.

Л. Заде предложил также понятие тени (shadow) нечеткого множества. Тень – результат проектирования этого множества на некоторую гиперплоскость (Zadeh, 1966; Нечеткие системы..., 1989). Использование этого конструкта, по-видимому, интересно для моделирования «попадания» значений из некоторого архива – нечеткого множества – в сознание – гиперплоскость. Сознание, таким образом, можно рассматривать как «тень» нечеткого множества освоенных субъектом значений.

Понятно, что в индивидуальной системе значений разные значения могут иметь различный «вес», различную «силу», играть неравнозначную роль, быть по-разному освоенными субъектом, два и более значения могут иметь разную «силу» связи или степень связанности между собой и т.д. Использование нечетких множеств помощи решить задачи описания и математического моделирования неравнозначных параметров значений в их индивидуальной системе, в частности – в индивидуальной системе значений внутреннего восприятия.

Представленные схемы показывают, что методология нечетких множеств может вполне успешно использоваться при исследованиях индивидуальных систем значений, а на ее основе могут быть разработаны психодиагностические и прогностические критерии. Использование моделей индивидуальных систем значений, построенных на основе методологии нечетких множеств, открывает также хорошие возможности для компьютеризации. В частности, возможно моделирование интрацептивных словарей, позволяющее учитывать степень освоенности семантических классов, «типичные» группировки значений, степень и типы связей между значениями словаря.

Говоря об означении вообще, а в частности — об означении интрацептивных паттернов, может быть поставлена задача оценки вероятности означения. При этом речь может идти как об означении вообще, так и об означении тем или иным означающим — ведь иногда нет «четкого» означения — одновременно несколько означающих может претендовать на связь с означаемым. Как то или иное означающее будет «выбираться» механизмами означения? Подход к этой задаче со стороны теории нечетких множеств представляется уместным и перспективным.

Формализованное описание и моделирование индивидуальных систем значений — актуальная и имеющая возможности практического психодиагностического применения задача. В данной работе проанализированы только возможные подходы к ее решению. Разработка конкретных моделей — дело ближайшего будущего.

5.2. Возможности автоматизации психосемантических методов исследования индивидуальных систем значений внутреннего восприятия

Нередко высказывается мнение, что психосемантические методики ограничены в своем применении, поскольку недостаточно хорошо поддаются автоматизации, которая все более и более становится обязательным требованием к психодиагностическому тесту. Поскольку проведенная нами автоматизация ряда психосемантических методик показала весьма хорошие возможности их автоматизации, и учитывая то, что вопрос возможности автоматизации является крайне важным в существующей ситуации глобального внедрения компьютеров в научные исследования, считаем необходимым сказать несколько слов по этому поводу.

Для решения поставленных исследовательских задач нами был разработан ряд автоматизированных психодиагностических систем, представляющих собой программы для компьютера типа IBM PC, написанные на языках программирования Clipper 5.1 и Clipper 5.2

(Канатников, Ткачев, 1994, 1995 и др.). Работа по автоматизации психосемантических методик показала, что такие методики хорошо поддаются алгоритмизации и автоматизации, а результаты тестирования с их помощью можно без особых проблем организовать в базы данных и провести их математико-статистическую обработку. Нужно сказать, что автоматизация психосемантических методик при сегодняшнем уровне развитии технических средств и возможностей программного обеспечения не является более сложной, чем автоматизация опросников (автор осуществил автоматизацию более десятка различных психологических опросников и других психологических тестов, в частности теста «Спрятанные фигуры» Г. Виткина (см.: Елшанский, 1999)).

Были разработаны следующие автоматизированные системы психосемантических исследований:

1. Автоматизированная система исследования индивидуальных интрацептивных словарей с помощью методики «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений».

Эта система позволяет осуществлять тестирование по методике «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений» (при этом предусмотрено два варианта тестирования – с одновременным и последовательным предъявлением слов); занесение в память компьютера результатов, полученных при исследовании с помощью бланков или карточек; просмотр на экране дисплея компьютера и вывод на печать полученных результатов, при этом возможна работа с пятью различными базами данных без «выхода» из программы. Возможно представление результатов в «сыром» виде, в процентном соотношении, в виде гистограммы. Предусмотрено два варианта представления результатов 2-6 этапов: «Из возможного выбора», когда за 100% принимается количество слов, предъявленных для выбора на данном этапе, и «От общего числа», когда количество слов, принимаемых за 100%, не меняется и равно количеству слов, предъявляемых на первом этапе. При этом первый вариант отображения результатов позволяет проанализировать динамику выборов-невыборов на каждом этапе, а второй – общую картину выбора дескрипторов по всем шести заданиям теста. Предусмотрен расчет, просмотр на экране дисплея и вывод на печать как общего числа выборов, так и вычисленных значений выбо-

ров по четырем классификациям на всех этапах теста (для заданий 2–6 теста – 2 варианта расчета; всего для каждого испытуемого автоматически вычисляется 154 показателя). Предусмотрены следующие классификации: 1) «Части речи» – включает в себя пять классов – глаголы, существительные, наречия, прилагательные, причастия; 2) «Метафоры–телесные–психические» – включает в себя классы – метафор, дескрипторов телесных ощущений и дескрипторов психических переживаний; 3) «Конкретные–диффузные» – включает в себя классы конкретных и диффузных ощущений; 4) «Частотность» – включает в себя классы низкочастотных, среднечастотных и высокочастотных слов. Отнесение слова к классу по видам классификаций 2, 3 и 4 производилось экспертным путем. Автоматизированная система также позволяет осуществлять расчет среднего, среднего отклонения, дисперсии и среднеквадратического отклонения распределения выборов по каждому классу каждого вида классификации для всех шести этапов теста, а также для общего числа выборов по каждой из пяти рабочих баз данных. Результаты представлены в процентах. Возможны два варианта расчета «Из возможного выбора» и «От общего числа», при этом во втором случае в расчет принимаются все записи базы данных, а в первом – только те, которые допускали возможность выбора на данном этапе. При этом первый вариант расчета позволяет проанализировать динамику выборов-невыборов на каждом этапе по всей базе данных, а второй – общую картину выбора дескрипторов по шести заданиям теста (также по всей базе данных). Предусмотрено также вычисление частотности каждого из дескрипторов в интересующей выборке. Результаты представлены в виде гистограммы и в числовом (процентном) выражении. Программа позволяет вычислять распределение выборов в базе данных (интересующей выборке) по каждому из шести заданий, по каждому из классов всех используемых в работе классификаций, а также общего числа выборов. Для этапов 2–6 предусмотрено два варианта расчета: «Из возможного выбора» и «От общего числа», при этом во втором случае в расчет принимаются все записи базы данных, а в первом – только те, которые допускали возможность выбора на данном этапе, т.е. слово не было исключено из работы на одном из предшествующих этапов. Возможен расчет распределений по количеству выбранных слов и трех видов распределе-

ния процентного выражения результатов, где последние различаются между собой размерами процентных интервалов и их количеством. Результаты представлены как в числовом выражении, так и в виде гистограммы. Всего предусмотрен расчет 616 видов распределений для каждой из пяти баз данных. Предусмотрен также файл «нормы», данные которого могут быть просмотрены параллельно с результатами конкретного испытуемого, что позволяет использовать программу как экспертную диагностическую систему. Для удобства пользователя программа снабжена справочником дескрипторов, отражающим принадлежность дескрипторов к различным классам четырех классификаций (пользователь программы может для любого из 80 стимульных дескрипторов посмотреть, к каким классам каждой из четырех классификаций (см. выше) этот дескриптор отнесен), возможностью просмотра списка дескрипторов, возможностью просмотра результатов отдельного испытуемого одновременно со списком дескрипторов и другими полезными подпрограммами. Программа предусматривает максимально дружелюбный интерфейс, снабжена необходимым количеством справочной информации, системой управления звуком и цветом.

Разработан также ряд программных приложений к описанной автоматизированной системе. В частности, программа расчета «профилей» исследуемых классов интрацептивного словаря позволяет по данным о частоте выборов каждого слова вычислить для заданной выборки частоту выборов по каждому классу всех видов классификаций, а также общую среднюю частоту. Результаты могут быть выведены как на экран дисплея компьютера, так и на принтер.

2. Автоматизированная система исследования группировок значений в индивидуальных интрацептивных словарях с помощью методики «Группировка дескрипторов».

Эта система представляет собой автоматизированный вариант методики «Группировка дескрипторов». Предусмотрена возможность работы с пятью базами данных одновременно без выхода в операционную систему (аналогично описанной выше «Автоматизированной системе исследования индивидуальных интрацептивных словарей с помощью методики «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений»»). Данная программа включает в себя следующие основные под-

программы: подпрограмма тестирования, подпрограмма работы с результатами, подпрограмма построения «Матрицы парных выборов» и ряд вспомогательных подпрограмм, служащих для управления звуком, переключения активных баз данных, получения дополнительной информации по дескрипторам и т.п. Подпрограмма тестирования запрашивает демографические данные испытуемого и затем предъявляет ему инструкцию и список из восьмидесяти дескрипторов, исходно помеченных нулем («0»). Инструкция предъявляется в следующем виде: «Выберите слова, которые, по Вашему мнению, подходят для описания внутренних ощущений, и разбейте их на группы. Вы можете сделать до 9 групп. (0 – слово не подходит для описания внутренних ощущений. 1–9: номера групп для подходящих слов.» С помощью управляющих клавиш («arrows» и др.) испытуемый передвигается по списку дескрипторов, и если слово, по его мнению, подходит для описания внутренних ощущений, помечает их цифрами от 1 до 9, где каждая цифра определяет группу (класс). Для удобства пользователя помеченные разными цифрами дескрипторы имеют различные цвета шрифта и фона. По окончании выбора испытуемый выходит из режима тестирования нажатием клавиши «Esc» и его результаты записываются в базу данных. Подпрограмма работы с результатами позволяет просматривать, сортировать в алфавитном порядке и при необходимости удалять элементы базы данных, просматривать результаты по каждому элементу и переписывать их в текстовый файл. Подпрограмма построения «Матрицы парных выборов» позволяет рассчитывать матрицу парных выборов для выбранных пользователем элементов базы данных и записывать ее в файл, при этом формат файла матрицы парных выборов может быть легко конвертирован в большинство популярных пользовательских форматов данных. Программа предусматривает максимально дружелюбный интерфейс, снабжена необходимым количеством справочной информации, системой управления звуком и цветом.

3. Автоматизированная система исследования ассоциаций значений внутреннего восприятия с помощью методики «Ассоциативный тест».

Данная система представляет собой автоматизированный вариант методики «Ассоциативный тест». Она предусматривает тестирование,

редактирование элементов базы данных, просмотр инструкции и несколько вариантов расчетов. Тестирование включает запрос демографических данных и ввод ассоциаций при последовательном предъявлении тридцати дескрипторов. Редактирование – просмотр базы данных, ее сортировку по алфавиту, редактирование демографических данных и результатов элемента базы данных, удаление ненужных элементов, выделение основного элемента для расчетов, формирование списка (под списком мы понимаем произвольно выделяемую пользователем часть базы данных, помеченную им в подпрограмме редактирования базы данных). Предусмотрены следующие варианты расчетов: «Расчеты для группы или списка», «Частотность», «Сравнение с группой или списком», «Сравнение групп или группы со списком». «Расчеты для группы или списка» – это расчеты количества элементов группы (списка, всей базы данных), общего количества ассоциаций группы (списка, всей базы данных), среднего числа ассоциаций для элемента группы (списка, всей базы данных), общее число совпадений при «переборе» всех возможных пар элементов группы (списка, всей базы данных), а также числа таких возможных пар и «коэффициента группы» – отношения общего числа совпадений к числу возможных пар. «Частотность» – это расчеты: для каждого стимульного слова – числа ассоциаций в группе (списке) на это слово, числа различных ассоциаций в группе (списке, всей базы данных) на это слово; для каждой ассоциации (по каждому стимульному слову отдельно) – частоты встречаемости среди всех ассоциаций группы (списка, всей базы данных), при этом ассоциации ранжируются в порядке возрастания этой частоты. «Сравнение с группой или списком» – последовательное попарное сравнение выбранного элемента (набора ассоциаций, полученного в результате одного тестирования) со всеми элементами выбранной группы (списка, всей базы данных). При этом для каждой пары элементов рассчитывается число совпавших ассоциаций и фиксируются эти ассоциации, также определяется элемент сравнений с максимальным числом совпадений – наиболее ассоциативно конгруэнтный для выбранного элемента элемент группы, списка или всей базы данных. «Сравнение групп или группы со списком» – осуществляется последовательное попарное сравнение всех элементов первой группы (списка) со всеми элементами второй (второго спис-

ка). Для каждой возможной пары осуществляется расчет числа совпавших ассоциаций, а для каждого элемента первой группы выбирается элемент сравнения с максимальным числом совпадений — наиболее ассоциативно конгруэнтный для данного элемента элемент группы или списка. При этом в качестве группы может выступать не только объединенная определенным кодом (код группы) в демографических данных выборка, но и вся база данных. Результаты расчетов могут быть просмотрены на экране и записаны в задаваемый пользователем текстовый файл.

Программа предусматривает максимально дружелюбный интерфейс и снабжена необходимым количеством справочной информации. Управление звуком и цветом осуществляется с помощью специальной дополнительной программы.

4. Автоматизированная система исследования ассоциаций с помощью методики «Ассоциативный цветовой тест».

Данная система представляет собой автоматизированный вариант методики «Ассоциативный цветовой тест». Разработаны два варианта методики — вариант с предъявлением названий цветов, когда при тестировании одновременно с цветовым стимулом на экране предъявляется название цвета словом и вариант без предъявления названий цветов, когда испытуемому предъявляются только цветовые стимулы. Структура системы и рассчитываемые параметры аналогичны структуре и рассчитываемым параметрам автоматизированной системы исследования ассоциаций значений внутреннего восприятия с помощью методики «Ассоциативный тест», за исключением того, что вместо тридцати дескрипторов предъявляются десять цветов с названиями этих цветов.

Представленные автоматизированные ассоциативные тесты могут иметь более широкий спектр применения. Предложенная система обработки результатов может быть использована, например, для изучения интрацептивных словарей. При этом можно предложить методики с «открытой» инструкцией. Вот примеры таких инструкций для исследования различных интрацептивных словарей: «Запишите, пожалуйста, слова или словосочетания, которые, по Вашему мнению, описывают *Ваши* внутренние телесные ощущения» (исследование интрацептивного словаря знакомых ощущений), «Запишите, пожалуйста,

ста, слова или словосочетания, которые, по Вашему мнению, описывают *Ваши* сексуальные телесные ощущения» (исследование интрацептивного словаря сексуальных ощущений), «Запишите, пожалуйста, слова или словосочетания, которые, по Вашему мнению, описывают *Ваши* болезненные телесные ощущения» (исследование интрацептивного словаря болезненных ощущений), «Запишите, пожалуйста, слова или словосочетания, которые, по Вашему мнению, описывают *Ваши* внутренние телесные ощущения, связанные с употреблением наркотиков» (исследование интрацептивного словаря наркотических ощущений), «Запишите, пожалуйста, слова или словосочетания, которые, по Вашему мнению, описывают *Ваши* внутренние телесные ощущения после приема наркотиков» («Запишите, пожалуйста, слова или словосочетания, которые, по Вашему мнению, описывают *Ваши* внутренние телесные ощущения в состоянии наркотического опьянения («кайфа», «прихода»))» (исследование интрацептивного словаря эйфорических наркотических ощущений), «Запишите, пожалуйста, слова или словосочетания, которые, по Вашему мнению, описывают *Ваши* внутренние телесные ощущения в ситуации отсутствия наркотика» (исследование интрацептивного словаря абстинентных ощущений), «Запишите, пожалуйста, слова или словосочетания, которые, по Вашему мнению, описывают *Ваши* внутренние телесные ощущения, связанные с употреблением алкоголя» (исследование интрацептивного словаря алкоголических ощущений), «Запишите, пожалуйста, слова или словосочетания, которые, по Вашему мнению, описывают *Ваши* внутренние телесные ощущения, связанные с курением табака» (исследование интрацептивного словаря ощущений при курении табака), «Запишите, пожалуйста, слова или словосочетания, которые, по Вашему мнению, описывают *Ваши* внутренние телесные ощущения и употребляются при этом в переносном значении (исследования словаря интрацептивных метафор) и т.д. При этом изменение инструкции в программах ассоциативных тестов не составляет особого труда и может быть произведено пользователем с помощью любого «редактора»* баз данных формата DBF. Описанные системы ассоциативных тестов также могут найти широкое применение в пси-

* Мы имеем здесь в виду компьютерную программу редактирования.

хологических, рекламных, маркетинговых, политологических и других исследованиях, где необходимо изучение ответов (реакций) испытуемых (респондентов), представленных наборами слов (значений) (см. подробнее: Елшанский 2000в, г).

Обобщая опыт автоматизации психосемантических методик, можно сформулировать некоторые требования к таким системам, соблюдение которых поможет избежать трудностей при их практической эксплуатации:

- возможность проведения автоматизированного тестирования с сохранением результатов в электронном формате, форматы баз данных при этом являются предпочтительными;
- удобство, «дружелюбность» интерфейса;
- формирование базы данных результатов и возможность работы с этой базой данных в системе;
- математическое обеспечение расчетов, необходимых для анализа результатов (особенно различных «оригинальных» видов расчетов, не возможных с помощью стандартных статистических программных пакетов);
- возможности выделения и анализа отдельных «частей» баз данных (групп, подгрупп и т.п.);
- возможности конвертации результатов в форматы программ статистического анализа данных.

В настоящее
гических и соци
ем психоактив
научной работ
виях высокого
и другими нар
ной.

Различия
шлого и сигнала
той и пережив
исследований
этих зависим
Зависимо
курение табак
проявлений и
различных П
емость через

Впечатле
больных нар
своего тела и
никает уже
ружилось, ч
которые мож
али с
зы
па

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В настоящее время наблюдается определенный дефицит психологических и социологических исследований, связанных с потреблением психоактивных веществ (ПАВ). При этом необходимость в такой научной работе в ситуации эпидемии героиновой наркомании, в условиях высокого уровня заболеваемости и болезненности алкоголизмом и другими наркологическими заболеваниями представляется очевидной.

Различия восприятия внутреннего и внешнего мира, следов прошлого и сигналов настоящего интрацептивного восприятия, пережитой и переживаемой телесности при зависимости от ПАВ – предмет исследований, которые разворачивают новую плоскость в изучении этих зависимостей.

Зависимость объединяет наркомании, токсикомании, алкоголизм, курение табака и т.д. Несмотря на различия в степени патологических проявлений и наносимого вреда здоровью индивида, зависимости от различных ПАВ имеют по крайней мере одну общую черту – проявляемость через телесность.

Впечатление, что телесность потребителей ПАВ, в первую очередь больных наркоманией, необычна и ненормативна, что восприятие ими своего тела и их отношение к нему отличается от «нормы», часто возникает уже в процессе просто общения с ними. Так, например, обнаружилось, что больные опийной наркоманией склонны к действиям, которые можно классифицировать как самоповреждающее поведение: они делали себе татуировки (даже лежа в больнице); «братались», делая надрезы на руках и смешивая кровь друг с другом; вживляли инородные тела в половые органы («для более острых ощущений во вре-

мя секса»); да и сам инъекционный способ введения наркотиков также можно отнести к своеобразному самоповреждающему поведению. Многие больные декларировали трудности в вербализации своих интрацептивных ощущений и эмоций.

Вся жизнь человека сопряжена с интрацептивным восприятием. Поведенческие, коммуникативные акты, разнообразные психические процессы – все это происходит на определенном интрацептивном фоне, имеет определенную интрацептивную окраску. Поэтому интрацептивное восприятие несомненно имеет не только сигнальную (информация об организменных процессах), но и адаптационную, и социальную функцию. Соответственно, важность успешности–адаптивности психических механизмов анализа, группировки, сортировки, дифференциации и т.п. элементов интрацептивного восприятия и структуры–иерархии этих элементов огромна; дефицитарность же таких механизмов неизбежно должна вызывать психические нарушения и дезадаптировать поведение. Одним из вариантов таких нарушений является потребление наркотиков. Возможно, изменение сознания путем употребления химических веществ каким-то образом снимает внутренний дискомфорт, вызванный дисфункцией интрацептивного восприятия. Очевидно, что дефицитарность структурирования внутреннего опыта запускает некие компенсаторные механизмы, которые, в свою очередь, как-то истощают психические ресурсы и провоцируют на употребление наркотиков. Наркотики принимаются, чтобы активизировать процессы в центральной нервной системе и возместить таким образом потерю этих ресурсов (вариант употребления психостимуляторов – «винт» (первитин), кокаин и т.п.) или чтобы как-то затормозить работу компенсаторных психических механизмов (употребление опиатов), если последние создают определенный дополнительный внутренний дискомфорт. Нарушения в структуре и механизмах структурирования внутреннего опыта порождают измененные формы поведения, одной из которых является употребление наркотиков. Это положение подтверждается результатами исследования, которые можно резюмировать следующим образом. Для установления отношений между элементами внутреннего опыта необходимо наличие системы квалификации сходства и различия, обозначения порогов интрацептивного восприятия. Для этого необходима стабильная и

адаптивная структура внутреннего опыта и соответствующие психологические механизмы его структурирования. Если же этой структуры или этих механизмов нет или они дефицитарны, то это ведет к поведенческой дезадаптации и психическим расстройствам, в частности к наркотизации, — что, в свою очередь, усиливает дефицитарность механизмов структурирования внутреннего опыта.

Постоянно переживая те или иные интрацептивные ощущения, человек осваивает их, учится их произвольной регуляции, связывая их между собой по сходству, локализации, сопряженности с определенным жизненным опытом и т.п., различает их по силе, эмоциональной окраске, новизне, желательности. Он усваивает знако-символические средства языка для означения и выражения внутреннего опыта, обучается вербализовать свои интрацептивные ощущения, делиться своим внутренним опытом с другими и т.д. Таким образом, вероятно, к зрелости у человека формируется определенная структура элементов внутреннего опыта (собственно интрацептивных ощущений, их вербальных или каких-либо других означающих, ассоциативных связей, элементов памяти и т.д.). Особенности этой структуры определяются влиянием многих факторов, что выражается в разнородности и даже амбивалентности связей и отношений между ее элементами, в неустойчивости законо- или связеобразующих отношений, в невозможности четкого выделения наиболее жизненно важных, сущностных элементов и иерархии этих элементов. Структура внутреннего опыта определенно не является ригидной, она постоянно изменяется с приобретением нового жизненного опыта. Гибкость и устойчивость этой структуры можно было бы выделить как два важнейших ее показателя. При этом следует отметить определенную противоречивость требований гибкости и устойчивости, что говорит о возможной уязвимости структуры внутреннего опыта.

По-видимому, в онтогенезе формируются и некоторые механизмы структурирования внутреннего опыта, и эти механизмы могут быть различными у разных индивидов. Индивидуальные стили такого структурирования (их можно также назвать индивидуальными интрацептивными стилями) могут зависеть от особенностей самого опыта, личностных или интеллектуальных параметров индивида, степени осознанности различных внутренних ощущений и других факторов. При

этом различные стили структурирования ведут к формированию различных структур внутреннего опыта. Можно предположить, что структура внутреннего опыта может так или иначе определять индивидуальные психологические черты, поведенческие стратегии, влиять на отношения индивида с социумом. Вероятно, что формирование «неуспешных» стилей структурирования внутреннего опыта может корреспондировать с антисоциальными или саморазрушающими стилями (стратегиями) поведения, с акцентуацией психопатологических черт, с психическими, психосоматическими и наркологическими заболеваниями.

Внутренний опыт и внутренняя регуляция и контроль рассматриваются как структурные элементы внутренней деятельности. Их дефицитарность говорит о недостаточности внутренней деятельности вообще.

В результате исследования было обнаружено, что для больных наркоманией характерна структура внутреннего опыта с недифференцированными или плохо дифференцированными категориями, диффузностью, размытостью границ групп, беспорядочным нагромождением элементов. Эта дефицитарность упорядоченности внутреннего опыта хорошо соотносится с обнаруженной нами полезависимостью/когнитивной недифференцированностью этих больных (Елшанский, 1999; см. также выше) — у них формируется «компенсаторный» когнитивный стиль, максимально связанный с внешней средой и минимизирующий необходимость использования внутренних опор. Характерная для больных наркоманией диффузность структурирования внутреннего опыта также может корреспондировать с часто отмечаемой аморальностью и патологической лживостью этих больных. Механизмы интериоризации морально-этических норм, предположительно, каким-то образом связаны с механизмами структурирования внутреннего опыта, и диффузность его структуры, таким образом, может служить показателем невозможности адекватного усвоения морально-этических норм, социальных запретов и т.п. Возможно, что нарушение социальных запретов и правил не вызывает у больного наркоманией таких отрицательно окрашенных телесных ощущений, как у здорового индивида, т.е. не происходит своеобразного интрацептивного наказания за нарушение социального запрета. Конечно, этот вопрос тре-

бует дополнительных исследований. Возможно, обозначенные нарушения структурирования внутреннего опыта также связаны с инфантильностью больных наркоманией, со свойствами им нарциссическими чертами, с элементами импульсивного поведения, с патологией семейных отношений у этих больных и другими их психологическими особенностями.

Можно сделать выводы, что структура и состав индивидуального интрацептивного словаря могут быть использованы как формализованные характеристики структурирования внутреннего опыта, что характерными чертами больных наркоманией является диффузность и недифференцированность интрацептивного словаря и что в качестве одного из критериев этой диффузности и недифференцированности может выступать объем этого словаря. Основываясь на специфичности интрацептивного словаря мы можем делать выводы о специфичности или дефицитарности индивидуальной системы значений внутреннего восприятия и внутреннего опыта, о степени и адекватности их структурирования и категоризации, об их четкости/диффузности и дифференцированности/недифференцированности.

В настоящей работы были исследованы связи между особенностями индивидуальных систем значений и различными заболеваниями, а также возможностей использования факторов индивидуальных систем значений в качестве диагностических или прогностических показателей. Выбор групп больных для исследований определялся распространенностью заболеваний в современном Российском обществе и практической необходимостью их исследования. Результаты проведенных эмпирических исследований на различных контингентах больных показали возможность выделить специфические для того или иного заболевания особенности индивидуальных систем значений. Причем эти особенности не ограничивались только наличием специфического, отличного по своим характеристикам от «нормы» набора значений, используемого больным для сознания определенной деятельности, а выражались и в существовании характерных для болезни отношений между значениями в их индивидуальной системе. Проведенные исследования показали адекватность, верифицируемость и высокую перспективность психосемантической методологии, а также дали возможность предложить и использовать ряд новых методичес-

ких разработок. Кроме того, разработанные психосемантические методики исследования интрацептивного восприятия хорошо поддаются автоматизации и стандартизации. Представленная работа показала, конечно, далеко не все возможности применения психосемантического подхода в клинко-психологических исследованиях. Однако результаты даже всего нескольких исследований весьма обнадеживают и дают веские основания предполагать хорошие перспективы использования психосемантической методологии при решении как исследовательских, так и прикладных задач клинической психологии. Особенности индивидуальной системы интрацептивных значений больных опийной наркоманией в принципе могут быть описаны средствами компьютерного моделирования. Параметры интрацептивных словарей и характеристики процессов ассоциирования интрацептивных значений могут быть описаны средствами современной математики, в частности теории нечетких множеств. Использование парадигмы нечетких множеств, как представляется, открывает определенные возможности, связанные, в первую очередь, с формализацией результатов различных исследований и с расширением перспектив автоматизации методических процедур и компьютерного моделирования психосемантических механизмов и структур.

Сдвиг «нормального самочувствия» демонстрирует сдвиг (трансформацию) эталонов внутреннего восприятия. Смещение, трансформация интрацептивных эталонов, означаясь, находит свое место в сознании как сигналы влечения, позывы зависимости от ПАВ и «запускает» наркоманическое поведение. Патологическое влечение к ПАВ (желание ПАВ) репрезентировано сознанию в знаково-символической форме, как означенные интрацептивные сигналы влечения. «Расширяясь» через механизмы мифов зависимости, это означение «запускает» деятельность наркопотребления. Патологически трансформируются индивидуальные системы значений внутреннего восприятия. Зависимость от ПАВ постепенно «захватывает» все новые и новые сферы психики, и в первую очередь психического отражения тела. Потребитель ПАВ «уходит» из реальности в специфический «мир» наркотизма, обычно, будучи уже преморбидно инфантилизированным, он усиливает «инфантильную» позицию, полностью подчиняя себя требованиям гедонизма, требованиям сверхположительных ощущений. При

этом эти детерминирующие «инфантильного» индивида внутренние ощущения при зависимости от ПАВ особенно сильны по сравнению с другими гедонистическими вариантами. Злоупотребление ПАВ, зависимость от него еще больше виртуализируют субъекта, самосознание дополнительно трансформируется в сторону «инфантилизации», еще сильнее детерминируется интрацептивными ощущениями. Больной с зависимостью от ПАВ оказывается в замкнутом круге. Любой индивид с доминированием «инфантильной» позиции самосознания живет в виртуальном мире и детерминирован внутренними ощущениями, что приводит к гедонизму и (часто) к потреблению ПАВ. Начав же злоупотребление ПАВ, став зависимым, он тем самым усиливает «инфантильность» самосознания и виртуальность своей жизни.

Искаленное самосознание зависимого от ПАВ представляет собой серьезную преграду для успешности его психотерапевтического лечения или социальной реабилитации.

Наркотизация ведет к мотивационному упрощению – до наркотизации – несколько мотивов, может быть равносильных, а после – один ведущий мотив – влечение к ПАВ. И этот мотив особенно силен, так как «опирается» на телесность.

Обнаруженные искажения, трансформация интрацептивного словаря у больных опийной наркоманией – результат того, что психика пытается адаптироваться к наличию нового телесного опыта, приспособить к новой ситуации индивидуальную систему значений. Однако эта адаптация – патологическая, ненормальная, происходящая вне сензитивных периодов формирования индивидуальной системы значений и освоения, интериоризации большинства значений, поэтому возникает патология, дефицитарность такой системы, проявляющаяся диффузностью, неструктурированностью и нечеткостью. Поэтому можно говорить о неопределенности, неточности и нечеткости как о свойстве значений внутреннего восприятия у больных опийной наркоманией и их индивидуальных систем.

Ассоциативные связи слов внутри интрацептивного словаря меняются, да и ассоциации вообще становятся другими (даже на, в общем, нейтральные стимулы – такие, как цвет – так как трансформируется вся ассоциативная сфера), изменяется психосемантическое связывание, происходит упрощение категоризации (что проявляется в

группировках значений) — так как все, вся деятельность зависимого от ПАВ субъекта, подчинено одному — «удовлетворить» интрацептивный сигнал влечения — ведь теперь субъекту «нужно» реализовывать другое поведение — запускаемое этим сигналом — поведение меняется — появляется склонность к риску, ведь приходится постоянно рисковать, добывая наркотик.

Интрацептивный сигнал плохо рефлексирован, «свернут», так как телу наркомана «нужна» не рефлексия, а поведенческие паттерны, приводящие к употреблению наркотика (можно провести аналогию с феноменом 25-го кадра и другими подобными явлениями неосознаваемой реакции на «скрытые» стимулы — поведение запускается, а рефлексии стимула нет — зависимому телу это «не нужно»). Зато в случае депривации — ломка, астения — все попадает в сознание сразу же — теперь зависимое тело «вопит», требует наркотика. Зависимость от ПАВ — своеобразная интрацептивная «ловушка плоти» — захваченное наркотиком тело порабощает сознание субъекта. При этом, преломляясь через призму означения, интрацептивный сигнал наркотизации (сигнал патологической потребности, сигнал наркозависимого тела) становится интрацептивным знаком — знаком влечения, знаком зависимости.

Здесь условной границей между сигналом и знаком является раздел между телесным и психическим, точнее сознательным — интрацептивный сигнал субъективно телесен — исходящий от наркозависимого тела интрацептивный паттерн, имеющий сигнальную функцию, попадая в сознание, становится знаком, означая для субъекта необходимость употребления ПАВ, означая зависимость. Знак уже «бестелесен» (хотя и уходит «корнями» к телесному сигналу зависимости), он — содержание сознания субъекта. Этот знак обрастает мифом зависимости, который «затягивает» субъекта в виртуальное пространство наркотизации и загораживает от него реальность. В результате наркотизирующийся субъект «живет» в особом мире, где интрацепция имеет сверхзначимость и становится важнейшим детерминантом всей деятельности этого человека.

Исследование интрацептивных феноменов, семантики внутреннего восприятия требует соответствующей методологии. Следует отметить,

что, конечно, еще существует некоторый дисбаланс между методологической и феноменологической плоскостями исследования означения внутреннего восприятия. Методы — это то, с помощью чего мы наблюдаем, «видим» феномены, это средства «раскрывания глаз» исследователя, и чем больше качество методологического инструментария, тем лучше «видны» исследуемые или измеряемые явления. Можно говорить о необходимости определенного диалектического единства, целостности феноменологии и методологии. Пока мы можем видеть только части, куски феномена означения внутреннего восприятия, но, совершенствуя методологическую базу, мы сможем раскрывать все большее поле видимого явления и тем самым углублять исследования. Психосемантическая парадигма здесь представляется наиболее преспективной.

Можно утверждать, что внутреннее восприятие является важнейшей составляющей механизмов патологической зависимости от психоактивных веществ, оно детерминирует эти механизмы не только на уровне рецепции, отражая вызываемую этими веществами биохимическую трансформацию телесных конструкторов, но и на уровнях знаково-символического опосредствования обусловленных потреблением психоактивных веществ физических состояний и сопряженных с этим потреблением взаимодействий субъекта и внешнего мира, регулируя и направляя при этом сознание и поведение субъекта.

Обнаруженные особенности индивидуальных систем значений больных наркоманией, на наш взгляд, являются удачной моделью для исследований феноменов нарушения структурирования внутреннего опыта и/или специфичности индивидуальных систем значений внутреннего восприятия при различных заболеваниях, так как одним из возможных психологических механизмов возникновения этого расстройства является дефицитарность знаково-символического опосредствования и произвольной регуляции и контроля психической деятельности.

Факторами внутреннего восприятия в механизмах патологической зависимости от ПАВ можно назвать:

Сверхположительную эмоциональную окраску интрацептивного восприятия состояний, вызываемых потреблением ПАВ.

Сверхнегативную эмоциональную окраску интрацептивного восприятия состояния абстиненции (отказа от ПАВ).

Трансформацию интрацептивных эталонов (в первую очередь эталона «нормального самочувствия»).

Смещение механизмов сравнения элементов внутреннего восприятия от гомеостатического принципа в сторону максимизации отдельных переменных.

Дефицитарность индивидуальных систем значений внутреннего восприятия (неструктурированность, диффузность, ненормативность, метафоризированность).

Интрацептивные сигналы влечения к ПАВ.

Досознательное связывание исходно нейтрального по отношению к зависимости от ПАВ интрацептивного сигнала с ассоциированным с такой зависимостью знаком (семиотическая подмена).

Вторичное означение интрацептивных паттернов зависимости от ПАВ (миф зависимости).

Повышенная нечеткость множеств элементов психического, связанных с внутренним восприятием.

Следует отметить связь факторов означения внутреннего восприятия и влечения. «Болезненное» (т.е. в рамках какой-то болезни, в том числе и наркомании) означение (знаково-символическое опосредствование) интрацептивных сигналов при употреблении ПАВ (а также — при патологическом обжорстве и т.п.) является фактором возникновения влечения. Болезнь имеет ресурсы, которые можно разделить на внешние и внутренние, и механизмы, которые также можно рассматривать как внутренние ресурсы болезни. Таким образом, патологические семантико-интрацептивные механизмы зависимости от ПАВ могут рассматриваться как внутренний ресурс этой зависимости (болезни).

Трансформации внутреннего восприятия, в частности патологические изменения эталона «обычного» самочувствия, являются одним из факторов аффективных нарушений при зависимостях от ПАВ.

Актуальность проблемы дефицитарности семантики внутреннего восприятия при зависимостях от ПАВ и наличия патологических семантических механизмов такого восприятия диктуется как крайне высокой распространенностью зависимостей от ПАВ, особенно опий-

ной наркомании, так и недостаточной разработанностью семантики внутреннего восприятия в целом.

Рассматривая проблему в аспекте научного внимания, обращаемого исследователями на различные области психологии, нужно отметить, что сфера психологии телесности, к которой можно отнести изучение семантики внутреннего восприятия при зависимостях от ПАВ, является практически неразработанной в отечественной психологии. При этом научная важность и значимость психологии телесности не вызывает сомнения. Следовательно, любые научные разработки, проводящиеся в русле этой области психологического знания, могут претендовать на особую значимость и актуальность, поскольку помимо внесения вклада в еще недостаточно освоенную и настойчиво требующую освоения область психологии такие разработки еще и привлекают к ней внимание научной общественности.

В процессе проведенных нами и представленных в данной работе эмпирических исследований были обнаружены новые, не известные ранее феномены дефицитарности индивидуальных систем значений больных с зависимостями от ПАВ, теоретический анализ изучаемой проблемы вскрыл ряд важных механизмов, объясняющих патологическую «работу» зависимости от ПАВ. Этими фактами квалифицируется феноменологическая новизна данной работы.

Результаты эмпирических исследований и теоретико-феноменологического анализа обобщены в предложенной интрацептивно-семантической концепции зависимостей от ПАВ.

Обнаруженные патологические феномены и механизмы могут быть мишенями психотерапии наркологических больных и учитываться при их реабилитации, которая «является одной из наиболее актуальных и наименее решенных проблем отечественной наркологии» (Теркулов, Кузнецов, 1995, стр. 42).

Проведенные исследования также показали, что: теория нечетких множеств может быть подходящим инструментом для математической репрезентации и моделирования неопределенности в индивидуальных системах значений; разработанные методики исследования индивидуальных систем значений являются адекватным инструментом исследования семантической организации индивидуального сознания, при этом новизна методик, разработанных автором, или новизна ме-

тодов обработки результатов существующих методик обеспечивают методологическую новизну исследования; разработанные психосемантические методики хорошо поддаются автоматизации, что значительно повышает их методологическую ценность. Разработанные автоматизированные психодиагностические системы вносят вклад в «копилку» существующих компьютеризированных психологических тестов и значительно облегчают работу психолога-исследователя или диагноста.

Таким образом, семантика внутреннего восприятия при зависимостях от ПАВ, в частности при опийной наркомании, играет крайне значимую роль в возникновении и патогенезе этих заболеваний и поэтому интрацептивно-семантический фактор зависимостей должен всесторонне изучаться и максимально учитываться в наркологической и психотерапевтической практике.

... А.В. Прон
... средства. П
... А.Р. Кли
... в Азербай
... М., 1991.
... олизм: руков
... нова, Э.А. Баб
... тиулер В.Б. Г
... ники и терап
... И.П. //
... М., 2002. Т.1
... И.П., М
... Н.Н. Иванца
... А.К.
... С. 857-862.
... Арина Г.А. // Т
... ния. М., 19
... Арина Г.А. //
... ния. М., 1
... Арина Г.А., В
... ренции «
... М.-Витеб
... Артемьева
... Артемьева
... 1999.
... Барт Р. Ос
... 1975.

ЛИТЕРАТУРА

- Алексеев А.В., Пронина В.С. Нечеткие системы: модели и программные средства. Под ред. А.В. Язенина. Тверь, 1991. С. 103-111.
- Алигулиев А.Р. Клинические и социальные аспекты опийной наркомании в Азербайджанской республике. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1991.
- Алкоголизм: руководство для врачей. Под ред. Г.В. Морозова, В.Е. Рожнова, Э.А. Бабаяна. М., 1983.
- Альтшулер В.Б. Патологическое влечение к алкоголю: вопросы клиники и терапии. М., 1994.
- Анохина И.П. // Руководство по наркологии. Под ред. Н.Н. Иванца. М., 2002. Т.1. С. 33-42.
- Анохина И.П., Москаленко В.Д. // Руководство по наркологии. Под ред. Н.Н. Иванца. М., 2002. Т.1. С. 140-160.
- Ануфриев А.К. // Журнал невропатологии и психиатрии. 1978. № 6. С. 857-862.
- Арина Г.А. // Телесность человека: междисциплинарные исследования. М., 1991. С. 45-53.
- Арина Г.А. // Телесность человека: междисциплинарные исследования. М., 1993. С. 48-58.
- Арина Г.А., Виноградова И.А. // Тезисы докладов Всесоюзной конференции "Актуальные проблемы пограничной психиатрии". Ч.1 М.-Витебск, 1989. С. 11.
- Артемьева Е.Ю. Психология субъективной семантики. М., 1980.
- Артемьева Е.Ю. Основы психологии субъективной семантики. М., 1999.
- Барт Р. Основы семиологии // Структурализм: "за" и "против". М., 1975.

- Барт Р. Избранные работы. М., 1989.
- Баулина М.Е. // Вопросы наркологии. 2002. №1. С. 57-61.
- Бейтсон Г. Экология разума. Избранные статьи по антропологии, психиатрии и эпистемологии. М., 2000.
- Бержере Ж. Психоаналитическая патопсихология: теория и клиника. М., 2001.
- Битенский В.С., Личко А.Е., Херсонский Б.Г. // Психологический журнал. 1991. Т.12. №4. С. 87-93.
- Большой англо-русский словарь. Под ред. И.Р. Гальперина. Т.1. М., 1972.
- Бориневич В.В. Наркомании: клиника, патогенез и лечение морфинизма, кодеинизма, опиоманий и других опийных наркоманий. М., 1963.
- Братусь Б.С. Аномалии личности. М., 1988.
- Бреслав Г.Э. Цветопсихология и цветолечение для всех. СПб., 2000.
- Бузина Т.С. // Вопросы наркологии. 1994. №2. С. 84-88.
- Бузина Т.С. Психологические факторы риска ВИЧ-инфицирования больных опийной наркоманией. Автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 1998.
- Бузина Т.С., Должанская Н.А. // Вопросы наркологии. 1997. №3. С.51.
- Бузина Т.С., Тхостов А.Ш. "Рискованное поведение" и психологические аспекты профилактики ВИЧ-инфекции у потребителей психоактивных веществ (устное сообщение). 1999.
- Бузина Т.С., Тхостов А.Ш. // Материалы I Международной конференции по клинической психологии памяти Б.В. Зейгарник. Тезисы докл. М., 2001. С. 56-57.
- Букановская Т.И. // Вопросы наркологии. 1992. №3-4. С. 157-161.
- Бутров А.В., Цимбалов С.Г. // Вестник интенсивной терапии. 1999. №2. С. 52-56.
- Былкина Н.Д. // Вестник МГУ. Сер. 14, психология. 1995. №1. С. 56-64.
- Быховский А.И. // Вопросы философии. 1965. №9.
- Василенко А.М. Алгология. Интернет-публикация. 2000. <http://www.medcare.ru/articles/algology.htm>.
- Василенко А.М. Тензоалгометрия. Интернет-публикация. 2002. <http://www.painstudy.ru/matls/review/tenzo.htm>.

- Вельтищев Д.Ю., Гуревич Ю.М., Еращенко Н.А. и др. // Социальная и клиническая психиатрия. 1992. Т.2. №4. С. 54-60.
- Виленский О.Г. Психиатрия: Учебное пособие. М., 2000.
- Виноградова И.А. Субъективное оценивание боли в сердце (при стенокардии и кардиалгии). Дипломная работа (МГУ). Научные руководители: В.В. Николаева и Г.А. Арина. М., 1987.
- Воронин К.Э. Первичное патологическое влечение при алкоголизме и наркоманиях. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1987.
- Врублевский А.Г., Рохлина М.Л., Власова И.Б. и др. // Вопросы наркологии. 1988. №3. С. 38-42.
- Врублевский А.Г., Рохлина М.Л., Радченко А.Ф., Воронин К.Э., Бадиков С.В. // Вопросы наркологии. 1990. №2. С. 23-25.
- Врублевский А.Г., Лукачер Г.Я., Марсакова Г.Д., Кулагина Н.Е. // Вопросы наркологии. 1990а. №4. С. 20-24.
- Выготский Л.С. Мышление и речь. М.-Л., 1934.
- Выготский Л.С. Избранные психологические труды. М., 1956.
- Выготский Л.С. Развитие высших психических функций. М., 1960.
- Выготский Л.С. Собрание сочинений. В 5 т. Т.3. М., 1983.
- Гальперин П.Я. // Вопросы психологии. 1966. №6. С. 3-20.
- Гальперин П.Я. // Исследования мышления в советской психологии. М., 1966а. С. 27-69.
- Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий, их статика, динамика и систематика. М., 1933.
- Ганнушкин П.Б. Избранные труды. Ростов н/Д, 1998.
- Грюнталь Н.А. Нарушения регуляторной функции самосознания у больных опийной наркоманией. Дис. ... канд. психол. наук. М., 2002.
- Грюнталь Н.А., Елианский С.П. // Психология XXI века. Тезисы Международной научно-практической конференции студентов и аспирантов 18-20 апреля 2002 года. СПб., 2002. С. 69-70.
- Грюнталь Н.А., Тхостов А.Ш., Елианский С.П. // Материалы I Международной конференции по клинической психологии памяти Б.В. Зейгарник. М., 2001. С. 87-88.
- Гузиков Б.М. // Обзорение психиатрии и медицинской психологии. 1992. №2. С. 11-17.
- Гульдан В.В., Корсун А.М. // Вопросы наркологии. 1990. №2. С. 40-44.

- Гульдан В.В., Романова О.Л., Дрынков А.В. // Вопросы наркологии. 1990. №4. С. 45-51.
- Гурко Е. Тексты деконструкции. Томск, 1999.
- Деррида Ж. Differance. Томск. 1999.
- Дехтярев Б.Н., Долтмурзиева В.В. // Сборник научных трудов Киргизского медицинского института. 1977. Т.120. С. 65-75.
- Дунаевский В.В., Стяжкин В.Д. Наркомании и токсикомании. Л., 1990.
- Дурандина А.И., Сирота Н.А. // 8 Всес. съезд невропатол., психиатров и наркологов., М., 25-28 окт. 1988. Тезисы докл. М., 1988. Т.1. С. 350-351.
- Елшанский С.П. Психосемантические аспекты нарушений структурирования внутреннего опыта у больных опийной наркоманией: Дис. ... канд. психол. наук. М., 1999.
- Елшанский С.П. // Вопросы наркологии. 2000. №1. С. 75-78.
- Елшанский С.П. // Вопросы наркологии. 2000а. №2. С. 68-74.
- Елшанский С.П. // Международная конференция "Психология общения 2000: проблемы и перспективы" 25-27 окт. 2000. Тезисы докл. М., 2000б. С. 107.
- Елшанский С.П. // Практический маркетинг. 2000в. №1. С. 7-9.
- Елшанский С.П. // Эксклюзивный маркетинг. 2000г. №1. С. 49-62.
- Ельмслев Л. // Новое в лингвистике. Вып. I. М., 1960. С. 369.
- Ересько Д.Б., Исурина Г.Л., Кайдановская Е.В. и др. Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах. Методическое пособие. СПб., 1994.
- Ефремова О.В., Тхостов А.Ш. // Вестн. МГУ. Сер. 14, психология. 1990. №3. С. 55-62.
- Жариков Н.М., Урсова Л.Г., Хритинин Д.Ф. Психиатрия. М., 1989.
- Журавлев А.П. Звук и смысл. М., 1981.
- Закусов В.В. // Фармакология и токсикология. 1943. №3. С. 10-13.
- Запорожец А.В. // Вопросы психологии. 1967. №1. С. 21-29.
- Ибатов А.Н., Бажин А.А. // Вопросы наркологии. 1990. №1. С. 39-41.
- Изард К.Е. Эмоции человека. М., 1980.
- "Иркутский экспресс". 2002. Интернет-публикация. <http://express.irk.ru/1000/symbol/diction/s/s2.htm>.

- Кадыров И.М. Взаимодействие когнитивных и аффективных компонентов в структуре самознания (на модели невротических расстройств). Автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 1990.
- Карвасарский Б.А. Неврозы. М., 1980.
- Канатников А.Н., Ткачев С.Б. Программирование в среде Clipper. Версия 5.0 и особенности версии 5.01. М., 1994.
- Канатников А.Н., Ткачев С.Б. Язык CA-CLIPPER 5.2 и библиотека CA-CLIPPER TOOLS 3.0. Описание языковых средств и возможностей библиотеки для прикладных программистов. М., 1995.
- Качаев А.К., Ураков И.Г., Борисов Е.В. Клиника и лечение табакокурения: Метод. указ. МЗ СССР. М., 1982.
- Келли А.Дж. Теория личности. СПб., 2000.
- Кербигов О.В., Коркина М.В., Наджаров Р.А., Снежневский А.В. Психиатрия. М., 1968.
- Киткина Т.А. // Вопросы наркологии. 1993. №4. С.28-33.
- Колесов Д.В. Эволюция психики и природа наркотизма. М.-Воронеж, 2000.
- Колымба И.Н., Тхостов А.Ш. Проблема предметности эмоций в клинике аффективных расстройств (устное сообщение). 1996.
- Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е. Психиатрия. Учебник. М., 1995.
- Косиков Г.К. // Барт Р. Избранные работы. Семиотика. Поэтика. Составление, общ. ред., вступит. статья Г.К. Косикова. М., 1989. С. 3-45.
- Кошкина Е.А. // Вопросы наркологии. 2001. №3. С. 61-67.
- Краткий психологический словарь. Под общ. ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. М., 1985.
- Краткий словарь иностранных слов. Под. ред. И.В. Лехина, Ф.Н. Петрова. М., 1950.
- Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. М., 1991.
- Курек Н.С. // Вопросы наркологии. 1993. №1. С. 66-71.
- Курек Н.С. // Вопросы наркологии. 1995. №3. С. 42-47.
- Лакан Ж. Функция и поле речи и языка в психоанализе. М., 1995.

- Ланда А.В. // Некоторые проблемы наркологии и токсикологии (сб. научн. трудов). М., 1989. С.102-110.
- Леонтьев А.Н. // Вопросы философии. 1961. №1. С. 3-17.
- Леонтьев А.А. // Семантическая структура слова. М., 1971. С. 7-19.
- Леонтьев А.А. // Принципы и методы семантических исследований. М., 1976.
- Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. М., 1975.
- Леонтьев А.Н. Избранные психологические произведения. М., 1983.
- Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология. Л., 1991.
- Лукачер Г.Я., Марсакова Г.Д. // Вопросы наркологии. 1991. №4. С. 26-29.
- Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека. М., 1969.
- Лурия А.Р., Виноградова О.С. // Семантическая структура слова. М., 1971.
- Мамардашвили М.К. Картезианские размышления. М., 1993.
- Маньян В. Клинические лекции по душевным болезням. Алкоголизм. М., 1995.
- Международная классификация болезней (10-й пересмотр) (МКБ-10). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. СПб., 1994.
- Мелзак Р. Загадка боли. М., 1981.
- Мещерякова И.А., Докучаева О.И. // Актуальные медико-социальные аспекты пропаганды здорового образа жизни. Иваново, 1986. С. 190-192.
- Михайлов М.А. // Вопросы наркологии. 1992. №1. С. 21-28.
- Морозов Г.В., Боголепов Н.Н. Морфинизм. М., 1984.
- Моррис Ч.У. Основание теории знаков // Семиотика. М., 1983. С. 37-89.
- Москович В.А. Информационные языки. М., 1971.
- Мотовилин О.Г. Развитие представлений о собственном теле у детей в условиях семьи и интерната. Автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 2001.
- Надеждин А.В. // Вопросы наркологии. 1994. №3. С. 27-32.
- Назаренко А.Е. Распознавание эмоционально выразительных движений детьми, больными шизофренией. Автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 1990.

- Найденкова Н.Г. Компульсивное влечение к наркотикам в клинике наркомании. Автореф. дис. канд. мед. наук. М., 1975.
- Найденкова Н.Г. // Неотложная наркология. Харьков, 1987. С. 252-255
- Найденкова Н.Г. // Медицинские аспекты проблем наркомании: Тезисы докл. респ. совещ. врачей психиатров-наркологов. Москва, 22-23 мая 1991 г. М., 1991. С. 65-67.
- Найденкова Н.Г., Радченко А.Ф., Власова И.Б. // Вопросы наркологии. 1993. №1. С.21-23.
- Найденкова Н.Г., Власова И.Б., Радченко А.Ф. // Вопросы наркологии. 1994. №1. С.40-43.
- "Нечеткие" множества в моделях управления и искусственного интеллекта. Под. ред. Д.А. Поспелова. М., 1986.
- Нечеткие множества и теория возможностей: последние достижения. Под ред. Р.Р. Ясера. М., 1986.
- Нечеткие системы поддержки принятия решений. Под ред. А.В. Язенина. Калинин, 1989.
- Никифоров И.А. // Вопросы медико-социальной реабилитации больных алкоголизмом и наркоманией. Материалы республиканского совещания психиатров-наркологов 16-21 марта 1992 года. М., 1993. С. 110-117.
- Николаева В.В. // Психологические проблемы психогигиены, психопрофилактики и медицинской психологии. Л., 1976. С. 95-98.
- Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. М., 1987.
- Николаева В.В. // Телесность человека: междисциплинарные исследования. М., 1993. С. 84-93.
- Носов Н.А., Яценко Ю.Т. // Медико-биологические и социальные аспекты наркологии. Сборник научных трудов. М., 1997. С. 85-98.
- Османов Э.М. Аффективные расстройства у больных алкоголизмом и их роль в возникновении рецидивов заболевания (устное сообщение). 2000.
- Парамян Э.С., Атанесян Г.С. Описание методики самоотчета Symptoms Check List-90R. Ереван-Гюмри, 1992.
- Петренко В.Ф. // Вопросы психологии. 1982. №5. С. 23-35.
- Петренко В.Ф. Введение в экспериментальную психосемантику: исследование форм репрезентации в обыденном сознании. М., 1983.
- Петренко В.Ф. Психосемантика сознания. М., 1988.

- Петренко В.Ф. Основы психосемантики. Смоленск, 1997.
- Петренко В.Ф., Нистратов А.А. // Исследование проблем речевого общения. М., 1979.
- Петровский В.А. Психология неадаптивной активности. М., 1992.
- Позднякова М.Е. // За здоровый образ жизни (борьба с соц. болезнями): Материалы Всесоюзной научно-практической конференции. Брест, 14–16 сент., 1988. М.-Брест, 1988. С. 44-45.
- Поляков Ю.Ф., Курек Н.С. // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1985. № 12. С. 1754-1762.
- Поляков Ю.Ф., Курек Н.С., Гаранян Н.Г. // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1986. №12. С. 1819-1824.
- Портнов А.А. // Алкоголизм. Под ред. А.А. Портнова. М., 1959. С. 53-61.
- Почепцов Г.Г. Теория коммуникации. М., 1998.
- Психологический словарь. 2000–2002. Интернет-публикация: <http://psi.webzone.ru>.
- Психология. Словарь. Под общ. ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. М., 1990.
- Пятницкая И.Н. Клиническая наркология. Л., 1975.
- Пятницкая И.Н. Наркомании. Руководство для врачей. М., 1994.
- Радченко А.Ф. Конституционально-личностные особенности больных наркоманиями и их роль в формировании заболевания. Дис. ... канд. мед. наук. М., 1989.
- Ротштейн Г.А. Ипохондрическая шизофрения. М., 1961.
- Рохлина М.Л. // Актуальные вопросы наркоманий. Омск, 1982. С. 151-154.
- Рохлина М.Л., Воронин К.Э. // Профилактика рецидивов при алкоголизме и наркоманиях. СПб., 1991. С. 86-91.
- Рохлина М.Л., Врублевский А.Г. // Вопросы наркологии. 1990. №1. С. 34-38.
- Рохлина М.Л., Врублевский А.Г., Власова И.Б. и др. // 8 Всесоюзный съезд невропатологов, психиатров и наркологов. М., 1988. Т.1. С. 422-424.
- Рупчев Г.Е. Психологическая структура внутреннего телесного опыта при соматизации (на модели соматоформных расстройств). Автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 2001.

- Рунчев Г.Е. Психологическая структура внутреннего телесного опыта при соматизации (на модели соматоформных расстройств). Дис. канд. психол. наук. М., 2001а.
- Русина Н.А. // Вестник МГУ. Сер. 14, психология. 1982. №3. С. 26-38.
- Русина Н.А. Семантические образования в восприятии другого человека. Дис. ... канд. психол. наук. М., 1983.
- Семенова Н.Д. // Телесность человека: междисциплинарные исследования. М., 1993. С. 94-100.
- Сирота Н.А., Ялтонский В.М. // Вопросы наркологии. 1996. №1. С. 76-82.
- Словарь русского языка. Под ред. А.П. Евгеньева, Г.А. Разумникова. Т.2. М., 1986.
- Словарь русского языка. Под ред. А.П. Евгеньева, Г.А. Разумникова. Т.4. М., 1988.
- Смирнов С.Д. // Вестник МГУ. Сер. 14, психология. 1981. №2. С. 15-29.
- Смирнов С.Д. // Актуальные проблемы современной психологии. М., 1983. С. 86-88.
- Смирнов С.Д. Психология образа: проблема активности психического отражения. М., 1985.
- Смирнов В.К. Клиника, терапия больных табачной зависимостью и основы ее комплексной профилактики среди населения. Автореф. дис. ... докт. мед. наук. М., 1987.
- Смирнов В.К. // Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. 1993. №3. С. 90-99.
- Смулевич А.Б. Малопрогрессирующая шизофрения и пограничные состояния. М., 1987.
- Советский энциклопедический словарь. Гл. ред. А.М. Прохоров. М., 1987.
- Соколова Е.Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности. М., 1989.
- Солдатова Г.У., Елианский С.П. Представления о справедливости и доверии в разных этнических группах. // Неравенство этнических групп: представления и реальность. М., 2001. С. 105-120.
- Соссюр Ф. Де. Курс общей лингвистики. М., 1933.
- Справочник по психиатрии. Под ред. А.В. Снежневского. М., 1985.

- Степанов Ю.С. Основы общего языкознания. М., 1975.
- Степанов Ю.С. В мире семиотики // Семиотика. М., 1983. С. 5-36.
- Стрельчук И.В. Клиника и лечение наркоманий. М., 1949.
- Судебная психиатрия. Учебник. Под ред. Г.В. Морозова. М., 1986.
- Теркулов Р.И., Кузнецов А.К. // Вопросы наркологии. 1995. №4. С.42-44.
- Тищенко П.Д. // Общественные науки и здравоохранение. М., 1987. С. 184-194.
- Трахтенгерц Э.А. // Новости искусственного интеллекта. 2001. №5-6. С. 3-11.
- Тхостов А.Ш. Интрацепция в структуре внутренней картины болезни. Дис. ... докт. психол. наук. М., 1991.
- Тхостов А.Ш. Интрацепция в структуре внутренней картины болезни. Автореф. дис. ... докт. психол. наук. М., 1991а.
- Тхостов А.Ш. // Независимый психиатрический журнал. 1993. №1-2. С. 5-21.
- Тхостов А.Ш. Психология телесности. М., 2002.
- Тхостов А.Ш., Арина Г.Н. // Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии. Л., 1990. С. 32-38.
- Тхостов А.Ш., Ефремова О.В. // Тезисы докл. Всесоюзной конференции "Актуальные проблемы пограничной психиатрии". М.-Витебск, 1989. Ч.1. С.110-112.
- Тхостов А.Ш., Колымба И.Г. // Психологический журнал. 1998. Т.19. №4. С. 41-48.
- Тхостов А.Ш., Колымба И.Г. // Психологический журнал. 1998а. Т.19. №5. С. 81-87.
- Тхостов А.Ш., Колымба И.Г. Феноменология эмоциональных явлений. // Вестник МГУ. Сер. 14, психология. 1999. № 2. С. 3-13.
- Тхостов А.Ш., Грюнталь Н.А., Елианский С.П. // Вопросы наркологии. 2001. №5. С. 52-59.
- Тхостов А.Ш., Грюнталь Н.А., Елианский С.П., Белокрылов И.В. // Вопросы наркологии. 2001а. №3. С. 48-54.
- Фестингер Л. Теория когнитивного диссонанса. СПб., 1999.
- Фрилинг Г., Ауэр К. Человек-цвет-пространство. Прикладная цветопсихология. М., 1973.

- Фуко М. Слова и вещи. Археология гуманитарных наук. М., 1977.
- Цетлин М.Г., Рохлина М.Л., Стрелец Н.В. Современные подходы к выявлению потребителей наркотических средств в медицинских учреждениях: Методические указания № 99/73. М., 1999.
- Цымбат Е.И., Дудин И.И. // Вопросы наркологии. 1990. №2. С. 26-30.
- Чурикова Н.И. Психология умственного развития. Принцип дифференциации. М., 1997.
- Шестакова С.Ю. Клинико-психологический анализ синдрома головных болей. Дипломная работа (МГУ). Научн. руководитель: Арина Г.А. М., 1995.
- Ширянов Б. (Воробьев К.) Низший пилотаж. М., 2001.
- Шихмурадов А. Распространенность, клиника, лечение и профилактика опиоманий. Ашхабад, 1977.
- Шмелев А.Г. Введение в экспериментальную психосемантику: теоретико-методологические основания и психодиагностические возможности. М., 1983.
- Шмелев А.Г., Похилько В.И., Козловская-Тельнова А.Ю. Практикум по экспериментальной психосемантике. М., 1988.
- Шпет Г. Герменевтика и ее проблемы // Контекст. М., 1990.
- Эльконин Д.Б. Детская психология. М., 1963.
- Энтин Г.М. Лечение алкоголизма. М., 1990.
- Arnett J. // J. of Youth and adolescence. 1990. V.19. №2. P. 171-180.
- Bartlett E.S., Izard C.E. // In Patterns of emotions: A new analysis of anxiety and depression. Ed. Izard C.E. N.Y., 1972.
- Bates M.E., Lobouvie E.W., White H.R. // Bull. of Society of Psychologists in Addictive Behaviors. 1986. V.5. №1. P. 29-36.
- Bellman R.E., Zadeh L.A. Decision-making in a fuzzy environment. Washington, 1970.
- Bentler P.M., La Voie A.L. // J. of verbal learning and verbal behavior. 1972. V.11. P. 491-496.
- Biglan A.M., Wirt R., Ary D.V., et al. // J. of Behavior. Med. 1990. V.13. №3. P. 245-261.
- Brook J.S., Whiteman M., Cohen P., Tanaka J.S. // Genet., Soc., and Gen. Psychol. Monogr. 1992. V.118. №2. P. 197-213.
- Brooner R.K., Bigelow G.E., Strain E., et al. // Drug and Alcohol Depend. 1990. V.26. №1. P. 39-44.

- Brower K.J., Blow F.C., Beresford Th.P. // J. of Substance Abuse Treatment. 1989. V.6. P. 147-157.
- Buytendijk F.-J. Pain: Its Modes and Functions. Chicago, 1966.
- Campbell B.K., Stark M.J. // Int. J. Addict. 1990. V.25. №2. P. 1467-1474.
- Churchill L., Kalivas P. // Synapse. 1992. №11. P. 47-57.
- Dackis C.A., Gold M.S. // Drug Alcohol. Depend. 1983. V.11. №1. P. 105-109.
- Deese J. // Psychol. Rev. 1962. V.69. P. 161-175.
- Deese J. The structure of associations in language and thought. Baltimore, 1965.
- Del Bora F.K., Babor T.F., McLaney M.A. // Alcoholism. Clin. and Exp. Res. 1991. V.15. №2. P. 360.
- Derogatis L.R., Lipman R.S., Covi L., et al. SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale – preliminary report. N.Y., 1975.
- Derogatis L.R., Ricels K., Lipman R.S., et. al. The Symptom Distress Checklist (SCL): A measure of primary neurotic symptom dimensions. N.Y., 1975.
- Derrida J. Speech and phenomena. Evanston, 1973.
- Deykin E.Y., Buka S.L., Zeena T.H. // Amer. J. Psychiat. 1992. V.149. №10. P. 1341-1347.
- Dupre E. Pathologie de l'imagination et de l'émotivité. Paris, 1925.
- Eisenberger R., Cameron J. // Am. Psychol. 1996. V.51. P. 1153-1166.
- Freyberger H. // Psychother. Psychosom. 1977. V.28. P. 337-342.
- Galizio M., Stein F. // Int. J. Addict. 1983. V.18. №8. P. 1039-1047.
- Gibson K.J., Mohan Ph. // Personality and Individual differences. V.90. №11 (8). P.829-833.
- Gorman D.M., Brown G.W. // Br. J. Addict. 1992, Jun. V.87(6). P. 837-849.
- Gottheil E.L., et al. // Stress and addiction. N.-Y., 1987.
- Jaffe L.T., Archer R.P. // J. of Personality Assesment. 1987. V.51. №2. P. 243-253.
- ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines (ICD-10). Geneva, 1992.
- Kelly G.A. A theory of personality. The psychology of personal constructs. N.Y., 1963.
- Kern M.F., Kenkel M.B., Templer D.I., et al. // Int. J. Addict. 1986. V.21. №2. P. 255-265.

Archer H.D. // Adv
119.
Kohut H. The analy
Kolb L. Drug addict
Kosten Th.R., Rouns
V.43. №6. P. 73
Lacan J. The langua
Limbeck J.V., Wont
Subst. Abuse Tr
Loimer N., Lenz K.
V.148. P. 993-99
Ludwig A.M., Wikle
130 (pt. "A").
Macfarlane A., McF
Marvel G.A., Hartm
508.
Mellor C.S. // Brit.
Miller G.A. // J. of r
Miller G.A. // Sema
Miller L.G. // Clin.
Murray H.A. Variat
A&W, 1998. H
psimaster/potret
Nordberg A. // Phar
Osgood Ch. // Psych
Osgood Ch. // Ame
Osgood Ch. // Ame
Osgood Ch. // Scan
Osgood Ch. Focus
Osgood Ch. // J. Pe
Osgood Ch. The psy
Urbana, Susi C
Pedinielli J.-L. Psyc
Poulsen A. // Psych

- Kleber H.D. // *Advanc. Alcohol. Subst. Abuse*. 1986. V.5. №1-2. P. 103-119.
- Kohut H. *The analysis of the self*. N.Y., 1971.
- Kolb L. *Drug addiction. A medical problem*. Springfield, Illinois, 1962.
- Kosten Th.R., Rounsaville B.J., Kleber H.D. // *Arch. Gen. Rpsychiat*. 1986. V.43. №6. P. 733-738.
- Lacan J. *The language of the self*. N.Y., 1968.
- Limbeek J.V., Wouters L., Kaplan Ch.D., Geerlings P.J., Alem V.V. // *J. Subst. Abuse Treat.* 1992. V.9. №1. P. 43-52.
- Loimer N., Lenz K., Schmid R., Presslich O. // *Am. J. Psychiatry*. 1991. V.148. P. 993-995.
- Ludwig A.M., Wikler A. // *Quart. Journ. Stud. Alcohol*. 1974. V.35. P. 108-130 (pt. "A").
- Macfarlane A., McPherson A. // *Curr. Paediat*. 1992. V.2. №3. P.178-182.
- Marvel G.A., Hartmann B.R. // *Int. J. Addict*. 1986. V.21. №4-5. P. 495-508.
- Mellor C.S. // *Brit. J. Psychiat*. 1970. №117. P.15-23.
- Miller G.A. // *J. of mathemat. psychol*. 1968. V.6. P.161-191.
- Miller G.A. // *Semantics*. 1971. P.569-585.
- Miller L.G. // *Clin. Pharmacokinet*. 1989. V.17. №2. P. 90-108.
- Murray H.A. *Variables of personality (Элементы индивидуальности)*. A&W, 1998. Интернет-публикация: <http://www.edinorog.boom.ru/psimaster/potrebnost.htm>.
- Nordberg A. // *Pharmacol. a. Toxicol*. 1987. V.60. Suppl. №3. P. 19.
- Osgood Ch. // *Psychol. Bull*. 1952. V.52. P. 197-237.
- Osgood Ch. // *Amer. Psychologist*. 1962. V.17. P. 10-28.
- Osgood Ch. // *Amer. Antropology*. 1964. V.66. P. 17-20.
- Osgood Ch. // *Scand. J. of psychology*. 1966. V.7. №1. P. 1-30.
- Osgood Ch. *Focus of Meaning*. Paris, 1969.
- Osgood Ch. // *J. Pers. Soc. Psychol*. 1969a. V.32. P. 194-199.
- Osgood Ch. *The psychology of thinking*. N.Y., 1973.
- Osgood Ch., Susi C.J., Tannenbaum P.H. *The measurment of meaning*. Urbana, 1957.
- Pedinielli J.-L. *Psychosomatique et Alexitymie*. Paris, 1993.
- Poulsen A. // *Psychoter. Psychosom*. 1991. V.56. P. 12-23.

- Raubsville B.J., Weissman M.M., Cris-Christoph K., et al. // Arch. Gen. Psychiat. 1982. V.39. №2. P. 151-165.
- Robbins E.S. // Amer. J. Psychiar. 1970. V.126. №12. P. 1743-1751.
- Rowland G., Franken R. // Person. individ. diff. 1986. V.7. №2. P. 237-240.
- Sawe U. // J. Roy. Soc. Med. 1992. V.85. P. 21.
- Scarpitti F., Dalesman S. Drugs and the youth culture. London, 1980.
- Sees K.L. // J. Psychact. Drugs. 1989. V.21. №3. P. 277-279.
- Serraino D., Franceschi S., Vaccher E., et al. // Eur. J. Epidemiol. 1992. V.8. №5. P. 723-729.
- Sifneos P.E. // Psychoter. Psychosom. 1983. V.40 P. 66-73.
- Shepard R.N. // J. Mathemat. Psychol. 1964. V.1. P. 54-87.
- Shepard R.N. Multidimensional scaling. Theory and applications in the behavioral sciences. N.Y.-London, 1972.
- Shepard R.N. // Psychometrika. 1974. V.39. №4. P. 77-82.
- Shepard R.N., Hovland C.I., Jenkins H.M. Learning and memorization of classifications. Washington, 1961.
- The United Nations and Drug Control. N.Y., 1982.
- Thome A. // Psychother. Psychosom. 1990. V.54. P. 40-43.
- Toeplitz Z. // Przegląd Psychologiczny. 1977. V.20. №1. P. 145-160.
- Vogt I. // Drogalkohol. 1990. Bd. 14. H. 2. S. 140-148.
- William J., Corulla A. // Person. Individ. Diff. 1988. V.9. №2. P. 227-287.
- Wise Th.N., Mann L.S., Hill B. // Psychother. Psychosom. 1990. V.54. P. 26-31.
- Wise Th.N., Mann L.S., Epstein S. // Psychother. Psychosom. 1991. V.56. P. 141-145.
- Witkin H.A. Personality through perception. An experimental and clinical study. N.-Y., 1954.
- Witkin H.A., Goodenough D.R. Cognitive styles: essence and origins. Field dependence and independence // Psychological Iss. Monograph. 51. N.-Y., 1982.
- Witkin H.A., Goodenough D., Oilman Ph. Psychological differentiation: current status. N.-Y., 1977.
- Witkin H.A., Raskin E., Oltmah P.K. Test des figures encastrées. Paris, 1990.
- Zadeh L.A. // Information and Control. V.8 (VI-VIII). №3-4. 1965. P. 338-353.

Zadeh L.A. // P
March. P. 3
Zadeh L.A. // I
102.
Zadeh L.A. Tow
Zuckerman M.
Zuckerman M.
P. 163-183.
Zuckerman M.
Erlbaume-I
Zuckerman M. C
anxiety. Hil
Zuckerman M. /
Series. 1980
Zuckerman M. /
Abst. V.1. P
Zuckerman M.,
1988. V.54.
Zuckerman M.,
№2. P.361-

- Zadeh L.A. // Problems in Transmission of Information. V.2. № 1. 1966, March. P. 37-44.
- Zadeh L.A. // Information and Control. V.12. №1-3. 1968, February. P. 94-102.
- Zadeh L.A. Towards a theory of fuzzy systems. Washington, 1969.
- Zuckerman M. // J. Consult. Clin. Psychol. 1971. V.36. №1. P. 94-117.
- Zuckerman M. // Emotions, Personality, and Psychopathology. N.Y., 1971a. P. 163-183.
- Zuckerman M. Sensation Seeking: Beyond the Optimal level of Arousal. Erlbaume-Hillsdale-N.Y., 1975.
- Zuckerman M. (ed.) Biological bases of sensation seeking, impulsivity, and anxiety. Hillsdale-N.J., 1983.
- Zuckerman M. // National Institute on Drug Abuse: Research Monography Series. 1986. Mon. 74. P.59-70
- Zuckerman M. // 2nd European Congr. Psychol. Budapest. 8-12 July 1991. Abst. V.1. Budapest, 1991. P.20.
- Zuckerman M., Kuhleman D.M., Camac C. // J. Person. Social Psychol. 1988. V.54. №1. P. 96-107.
- Zuckerman M., Simons R.F., Como P.G. // Pers. Individ. Differ. 1988a. V.9. №2. P.361-372.

Научное издание

**Елишанский
Сергей Петрович**

**Семантика внутреннего восприятия при зависимостях
от психоактивных веществ (на модели опийной наркомании)**

«Научный мир»

Тел./факс (007) (095) 291-2847

E-mail: naumir@ben.irex.ru. Internet: http://195.178.196.201/N_M/n_m.htm

Лицензия ИД № 03221 от 10.11.2000

Подписано к печати 18.06.2004

Формат 60×90/16

Гарнитура Таймс. Печать офсетная. Печ. л. 21.75

Тираж 500 экз. Заказ

Издание отпечатано в типографии

ООО «Галлея-Принт»

Москва, 5-я Кабельная, 26

и зависимостях
иной наркомании)

847
78.196.201/N_Mn_m.htm
1.2000
2004

Печ. л. 21.75

графин

26



СЕМАНТИКА ВНУТРЕННЕГО ВОСПРИЯТИЯ ПРИ

С. П. Елишанский

ЗАВИСИМОСТЯХ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ